Travail exécuté dans la Clinique de M. J.-L. Faure

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE N° 449

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Angel Salvador NOBOA ORTIZ

Né à Azua (Saint-Domingue, Rép. Dominicaine), le 21 septembre 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

Travail exécuté dans la Clinique de M. J.-L. Faure

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Angel Salvador NOBOA ORTIZ

Né à Azua (Saint-Domingue, Rép. Dominicaine), le 21 septembre 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TUBERCULOSE

DU COL DE L'UTÉRUS

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1930

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
BINET	Physiologie.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) .	Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
CATHALA. . .	Pathologie médicale.
CHABROL . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . .	Physique.
DONZELOT. .	Pathologie médicale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER. . .	Pathologie expérimentle
GASTINEL . .	Bactériologie.
GATELLIER. .	Pathologie chirurgicale
GIROUD . . .	Histologie.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.
JOANNON . .	Hygiène.
JOYEUX. . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.

MM.	
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LEMAITRE . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . .	Anatomie pathologique
LEVEUF . . .	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (F.).	Pharmacologie.
MILLOT. . .	Histologie.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale
MOREAU . . .	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING . .	Anatomie pathologique.
OLIVIER . . .	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES . . .	Obstétrique.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . .	Physiologie.
SÉZARY. . . .	Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.
VIGNES . . .	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER . . .	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEX

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LÉRI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA VÉNÉRÉE MÈRE

Très regrettée. Elle sera pour nous un exemple de bonté, de conscience et de charité. Hommage de mon grand amour.

A MON PÈRE

Dont sà vie exemplaire nous a toujours guidé dans le bon chemin. Qu'il trouve ici toute mon affection et la preuve de ma gratitude. Je lui dédie cette thèse en témoignage de ma reconnaissance filiale.

A MES FRÈRES

ENRIQUE, OBDULIO, ERNESTO ET CLODOMIRO

Qui dans tous les moments m'ont donné la preuve de leur vive affection. Qu'ils trouvent dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES SŒURS

LETICIA, MERCEDÈS, ELSA, OLGA, ELBA

Témoignage de ma grande affection.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE EMILIO

TRÈS REGRETTÉ.

A MA FAMILLE

A Monsieur R. ISMAEL MIRANDA

Ex-Député de la Province d'Azua

Grand et bon ami qui m'a donné des marques de sa distinction. Qu'il trouve dans ce travail la manifestation justifiée de ma grande reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage de profonde reconnaissance. Nous le remercions vivement, car nous avons reçu dans son service un accueil sympathique. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur E. DOUAY

Chef des Travaux gynécologiques à l'hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

Nos respectueux remerciements pour les conseils si éclairés qu'il nous a donnés au sujet de cette thèse. Témoignage de vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur HENRI BULLIARD

Chef de Travaux d'histologie à la Faculté de Médecine
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Broca

Témoignage de notre grande reconnaissance par sa précieuse collaboration et pour la bienveillance qu'il nous a prodiguée.

A Monsieur le Docteur LOUIS BONNET

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

En remerciement des conseils qu'il nous a donnés, et de l'observation qu'il nous a confiée. Témoignage de gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)
M. le Professeur FAURE
M. le Professeur BRINDEAU
M. le Professeur TERRIEN
M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur NOBÉCOURT
M. le Professeur CLAUDE
M. le Professeur SÉBILEAU
M. le Professeur TEISSIER
M. le Professeur JEANSELME
M. le Professeur GUILLAIN
M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur agrégé DONZELOT
M. le Docteur DOUAY
M. le Docteur BENZAUDE
M. le Docteur L. RAMOND

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE SAINT-DOMINGUE
(République Dominicaine).

A MES CAMARADES D'ÉTUDE

A MES AMIS

MEIS ET AMICIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA TUBERCULOSE

DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion pendant notre séjour à l'hôpital Broca d'observer successivement et en très peu de temps deux cas de tuberculose de col de l'utérus. Dans la même époque un cas observé en ville par M. le Dr Douay et un autre cas suivi par M. le Dr Bonnet à l'hôpital Saint-Antoine, nous a permis de compléter nos recherches à ce sujet et de faire cette thèse sur cette lésion rare de l'utérus.

En recherchant dans les livres de biopsie du Laboratoire de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, pendant les dernières années nous avons seulement trouvé un autre exemple de tuberculose du col en 1922 et un autre cas en 1923 ; la rareté de cette lésion est donc incontestable, alors que la fréquence de la salpingite tuberculeuse dans le service est considérable.

Dans les deux premières observations, il s'agit de la tuberculose à *forme végétante*. Dans le premier cas la lésion a été prise pour un adénome du

col suspect de dégénérescence cancéreuse. Dans le deuxième cas la lésion a été prise pour un cancer du col, à un premier examen fait à la consultation ; mais après avoir été examiné dans le service l'attention de M. Douay a été frappée de l'analogie avec le cas précédent et a pensé qu'il s'agissait encore d'un cas de tuberculose du col ; ce diagnostic a été confirmé par l'examen biopsique.

Néanmoins, l'hystérectomie totale a été pratiquée parce qu'il y avait des lésions annexielles. M. le Pr Faure conduit cette opération comme s'il s'agissait d'un cancer du col et a fait une hystérectomie large avec résection des ganglions; ce qui a permis d'avoir une pièce superbe, que M. Douay a dessinée, avec son paramètre et ses ganglions envahis par la tuberculose.

Il est donc très intéressant de montrer par l'étude de ces deux cas presque superposables par leur aspect clinique que la tuberculose du col sous *la forme végétante hypertrophique* présente de caractères capables de la différencier d'autres lésions du col comme la métrite banale, la métrite adénomateuse, et le cancer du col : ce sera la partie essentielle de notre travail.

Le cas de M. Douay est *une localisation endocervicale* de la tuberculose. Il présente à la fois *une ulcération tuberculeuse* et *un polype adénomateux*.

Enfin, le cas de M. Bonnet avait la caractéristique suivante : une lésion nette de tuberculose au niveau du col, sans lésion appréciable de tubercu-

lose sur le corps, les trompes, les ovaires ; mais lésions tuberculeuses au niveau de l'épiploon.

En étudiant la pathogénie de l'affection nous verrons les discussions nombreuses sur son origine ; ce sont là des problèmes à résoudre : la voie suivie par le bacille de Koch est difficile à reconnaître et d'ailleurs ces discussions n'ont qu'un intérêt secondaire.

Nous sommes cependant inclinés à croire que la contamination se fait directement à la faveur des lésions de métrite chronique ou des lésions de métrite adénomateuse infectée, formant ainsi, pour les trois premiers cas *une tuberculose primitive du col*. De ce point de départ le bacille a gagné les voies lymphatiques et les ganglions ou s'est propagé vers les trompes. La chose est discutable en ce qui concerne le quatrième cas, où la lésion de l'épiploon fait penser à une tuberculose secondaire probable.

En conséquence le traitement local peut arriver à détruire le foyer tuberculeux lorsqu'il est précoce, alors que les lésions tuberculeuses sont encore limitées à la muqueuse cervicale. Mais si la lésion a évolué depuis longtemps, le traitement local n'a plus le même effet, car la lésion tuberculeuse s'est étendue et l'hystérectomie devient l'opération de choix.

Avant d'aborder notre travail nous sommes heureux de pouvoir remercier tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine pour la bienveillance qu'ils

ont eu pour nous et des leçons qu'il nous ont données pendant le cours de nos études médicales.

Merci à notre excellent Maître M. le Pr J.-L. Faure qui nous a accueilli dans son service et dont nous avons suivi avec profit les savantes leçons. En acceptant la présidence de cette thèse il nous donne une grande preuve de sympathie; nous ne saurions trop le remercier.

Ce travail nous a été inspiré par M. le Dr Douay. Nous le remercions vivement des bons conseils qu'il a bien voulu nous donner au profit de notre thèse. Il nous a aidé grandement dans la rédaction de ce travail et nous a confié son observation. Qu'il trouve ici toute notre gratitude.

Nous avons obtenu toutes les coupes histologiques de M. le Dr Bulliard qui a fait pour nous un travail important. Il a droit ici à tous nos remerciements sincères. Il nous fait dans le Laboratoire de la Clinique de l'hôpital Broca un accueil cordial et sympathique, et nous a aidé de ses conseils.

Il nous est agréable d'associer à ces noms celui de M. le Dr Bonnet qui a bien voulu nous communiquer une observation personnelle et nous a aidé aussi de ses conseils. Nous lui offrons ici notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude des lésions tuberculeuses des organes génitaux de la femme remonte, paraît-il à 1744. Morgagni avait décrit le premier cas.

Louis, en 1828, avait signalé un cas de tuberculose de l'utérus et des annexes ; mais ce cas serait passé inaperçu si Raymond en 1831 ne l'avait pas mentionné quand il publia deux cas où la tuberculose de l'utérus et des annexes s'accompagnait d'ulcération du col manifestement de la même nature. Raynaud avait eu le mérite de faire rentrer dans le cadre de l'anatomie pathologique, une lésion qu'il était un des premiers à signaler ; il faisait ressortir l'intérêt qu'il devait à sa rareté.

En 1842, Lisfranc décrivit la tuberculose du col : « Les lésions scrofuleuses du col de l'utérus succèdent souvent à la fonte des tubercules qui règnent dans l'épaisseur des tissus malades. » Il considère à tort la tuberculose du col comme la plus fréquente tuberculose génitale de la femme ; la plus curable cependant. Il confondait dans la même description la tuberculose et les œufs de Naboth.

Kiwisch adopte les idées de Lisfranc, le même

que Thiry ; mais West et Scanzoni firent des grandes objections aux idées de Lisfranc : ils soutinrent que cet auteur avait confondu la tuberculose du col avec une folliculite du museau de tanche.

Le Professeur Laboulbène fournit le premier cas authentique de tuberculose du col, avec vérification anatomo-clinique : « J'ai acquis, écrivait-il en 1879, la certitude que le col utérin est lui-même le siège des granulations tenaces et d'une chronicité désespérante. »

Dans le cas emprunté à Aran (1858) on trouve associé à une péritonite et à une salpingite tuberculeuse une dégénérescence tuberculeuse du col.

Brouardel en 1868 écrivait : « Le col de l'utérus est très rarement atteint par la tuberculose, contrairement à l'assertion de Lisfranc. » Il trouvait que la muqueuse du col présentait les signes d'un catarrhe chronique contenant du mucus glaireux. Il faisait dans sa thèse une étude d'ensemble sur les lésions tuberculeuses des organes génitaux de la femme.

Mais il a fallu ajouter aux symptômes de la lésion, l'étude histologique des organes lésés ; ainsi que l'analyse bactériologique des sécrétions et du pus, c'est ce qui a permis de différencier les métrites banales des métrites tuberculeuses. Par suite, c'est après la découverte mémorable du bacille de Koch en 1882 que Cornil et Babès découvrirent en 1883 la présence du bacille dans une ulcération du col de l'utérus.

En 1888, Cornil faisait la description des métrites tuberculeuses, qui est restée classique.

Depuis cette époque, les travaux sur la tuberculose génitale de la femme se poursuivirent régulièrement en France, ainsi, nous avons entre autres : les thèses de Daurioz (1888), Nanard (1892) « sur l'étude de certaines ulcérations du museau de tanche de nature tuberculeuse », l'important mémoire de Mlle Gorowitz, en 1900, etc., ont été plutôt un travail d'ensemble sur la tuberculose génitale chez la femme. Vitrac en 1898 rapporta un cas *de tuberculose végétante simulant un cancer.*

Sur la tuberculose de la portion cervicale, il faut signaler entre autres les thèses de Lannes-Dehorre (Lyon, 1905), Chaton (Paris, 1908), Veyrat (Paris, 1910), Cayla (Bordeaux, 1912), Remilly (Paris, 1919-1920), H. Chroll (Paris, 1926). Parmi les travaux, vous voulons signaler ceux de Pollosson et Violet, en 1906, ceux de Desplas, en 1912 ; l'excellent mêmoire de Forgue, paru en 1926, sur la tuberculose génitale ascendante, est un bon travail.

A l'étranger, Brouha, de Liège, rapporte en 1902 le cas d'une malade qui avait subi une hystérectomie pour tuberculose primitive du canal cervical ; Giglio (Italie, 1892) avait réuni trois cas d'endométrite cervicale ; Alessendri (1910) avait publié un travail sur « la tuberculose du corps de l'utérus limitée au myomètre. » En Allemagne, nous avons les travaux d'Emmanuel (1893), Von Franqué (1897),

Driesser (1898), etc., avec des observations remarquables.

Aux pays de langue anglaise il y a les observations de Mathew (1898), de Williams (1895), Brook (1903), Murphy (1903). Moore (1919) avait publié 150 cas de tuberculose cervicale dont 20 cas de tuberculose primitive.

Enfin dans d'autres pays : Daniel, de Bucarest (1925), publia son article « sur la tuberculose du corps de l'utérus » ; Castaño (Buenos-Aires, 1923), un autre article « sur la tuberculose primitive du corps de l'utérus » et Torres Blanco (Madrid, 1928) avait publié un article « sur la tuberculose génitale féminine ».

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Par rapport aux autres lésions tuberculeuses de l'appareil génital, celle du col est la plus rare de toutes. Par ordre de fréquence décroissante on trouve : la tuberculose des trompes, la tuberculose du corps, la tuberculose des ovaires, la tuberculose du vagin et enfin celle du col ; quant à la tuberculose de la vulve elle serait peut-être encore plus rare que la tuberculose du col.

Spaeth (cité par Desplas) montre que sur 119 cas de tuberculose génitale le col est atteint 6 fois. D'après Mosler, sur 46 cas de tuberculose génitale, on ne trouve que 4 fois la tuberculose cervicale. Beyea, dans ses recherches déjà anciennes (1899-1900), avait publié 69 cas de tuberculose utérine localisée au-dessous de l'orifice interne : 22 observations cliniques, 30 trouvailles d'autopsie, 15 cas observés pendant la vie et vérifiés *post mortem*. Lannes-Dehorres publia en 1905, 45 cas de tuberculose du col ; Pollosson et Violet en 1906 rassemblent 57 cas ; Chaton peut réunir en 1908, 87 cas dont un cas personnel ; Moore avait réuni en 1919, 150 cas dont 20 primitifs ; Rémilly 2 cas personnels,

en 1920 ; H. Chroll peut réunir en 1926, 23 cas de tuberculose primitive de l'utérus, dont un cas personnel.

A l'hôpital Broca, en 1929, on a opéré 104 cas de salpingite et en 1930 (pendant six mois) on a opéré 44 salpingites. Sur cette totalité (150 cas opérés) on a recherché la tuberculose annexielle 26 fois par l'examen histologique. Le résultat donné par le laboratoire est le suivant : 14 cas de tuberculose annexielle certaine et 4 cas de tuberculose probable, soit 18 cas de salpingite tuberculeuse pour 150 salpingites opérées, soit une proportion de 12 %. Si nous ajoutons à ces 18 derniers cas, les salpingites tuberculeuses observées dans les années précédentes (publiées dans la thèse de Philippe faite dans le service), nous aurions un total de 100 cas de tuberculose annexielle en 7 ans. Pendant toute cette période de 7 ans nous n'avons trouvé seulement que trois cas de tuberculose du col ; dont 2 cas publiés dans cette thèse. La proportion est donc de 3 cas de tuberculose du col pour 100 cas de tuberculose salpingo-ovarienne : soit 3 %.

Quelles sont les causes occasionnelles qui favorisent la localisation du bacille tuberculeux au niveau du col ? Il y a : les causes générales d'une part ; les causes locales de l'autre.

I. Causes générales.

a) **L'âge** : La tuberculose utérine s'observe à tous les âges ; mais il est hors de doute que la

lésion frappe surtout la femme à la période de sa vie sexuelle, entre 20 et 40 ans. Il y a quelques observations d'âges extrêmes, entre 3 et 8 ans (Chaton) et après la ménopause (plus de 70 ans), observations de Hofbauer, Krzywich, Carnot, Cornil ; Buscarlat, Wasner (cités par Daniel) ; mais ce sont des exceptions.

b) **Influence de l'état général**. — La lésion tuberculeuse se développe chez des individus prédisposés (filles ou sœurs de tuberculeux ; manifestations tuberculeuses de l'enfance) ; il faut en plus que le terrain local soit favorable, comme nous le verrons plus loin. Dans un certain nombre d'observations il y a dans les antécédents d'autres manifestations tuberculeuses qui ont laissé des traces (lésions péritonéales, ganglionnaires, osseuses ou articulaires). Il est beaucoup plus rare de trouver des lésions tuberculeuses en évolution en même temps que la lésion cervicale.

La lésion génitale en évolution a-t-elle une répercussion sur l'état général ? Pour Chaton, l'état général précaire des malades est souvent noté.

II. Causes locales.

a) **Les troubles de la menstruation** ne sont pas particuliers à la tuberculose du col. Ce sont des troubles observés dans la tuberculose génitale et spécialement dans la tuberculose salpingo-ova-

rienne. Chaton fait remarquer qu'assez souvent les femmes atteintes de tuberculose génitale, et de tuberculose du col en particulier étaient réglées tardivement et irrégulièrement ; parfois elles n'ont jamais été réglées, comme dans le cas de H. Chroll. D'une façon générale on observe assez souvent dans la tuberculose génitale une diminution plus ou moins importante de règles.

b) **Possibilité de l'infection tuberculeuse par les rapports sexuels.** — Il peut y avoir contamination de la part du mari atteint d'une tuberculose pulmonaire. Ainsi une de nos malades a eu deux maris qui sont morts de tuberculose pulmonaire. Le sperme d'un tuberculeux contient le bacille de Koch, comme nous verrons plus loin. Dans d'autres cas le mari présente une tuberculose localisée aux organes génitaux (testicule, épididyme, vésicule séminale, etc.). La possibilité de l'infection chez la femme par les voies génitales inférieures peut expliquer la tuberculisation du col utérin ; nous y reviendrons à propos de la pathogénie.

c) **Action de l'accouchement et de l'avortement.** — L'accouchement a-t-il une influence sur le développement des lésions tuberculeuses du col ? Pour Kiwich, les lésions cervicales sont des portes d'entrée possible au bacille de Koch. Chaton signale des observations où la tuberculose cervicale se développe à la suite d'un accouchement ; Brook

signala un cas survenant neuf mois après un accouchement. La constatation de la tuberculose du col n'est pas rare chez les nullipares (Giglio, Vitrac, Mathew). Le rôle de l'avortement est comme celui de l'accouchement impossible à préciser.

d) **Influence des autres lésions tuberculeuses du tractus génital**. — D'après Chaton, l'association de la tuberculose du col utérin avec celle des annexes est plus fréquente qu'avec celle du vagin et de la vulve ; ainsi il réunit 28 cas de tuberculose du col avec coexistence de tuberculose annexielle ; 24 cas avec coexistence d'endométrite tuberculeuse. D'autres auteurs trouvent : sur 4 cas de tuberculose du col, une tuberculose vaginale ulcéreuse ; sur 4 cas de tuberculose du col, une tuberculose vaginale miliaire : enfin sur deux cas de tuberculose du col une tuberculose périnéo-vulvaire.

e) **Influence des vices de développement génital**. — Les hypoplasies utérines, les atrésies cervicales avec les troubles locaux (rétention sanguine ou séreuse) sont une cause d'appel de la tuberculose par infériorité dans la défense des tissus comme l'ont soutenu Landouzy et Fournier. Thomson a traité une jeune fille atteinte de tuberculose du col et présentant une atrésie du vagin.

Voici les conclusions de Desplas au sujet des conditions locales qui semblent favoriser le déve-

loppement de la tuberculose du col ; ce sont : les traumatismes, les troubles de la menstruation, les vices de développement du système génital, enfin et surtout la tuberculose des voies génitales supérieures.

L'idée actuelle que nous avons sur l'étiologie de la tuberculose du col est que :

1° *Pour qu'un col devienne tuberculeux, il faut qu'il présente des lésions chroniques ulcéreuses* capables de servir d'endroit d'inoculation pour le bacille tuberculeux.

Dans nos observations, la métrite du col a précédé pendant longtemps la lésion tuberculeuse. La métrite adénomateuse et le polype cervical peuvent également être la lésion susceptible de se tuberculiser.

2° *Pour qu'un col de métrite devienne tuberculeux, il faut un apport répété et durable du bacille de Koch* ; les voies de contamination étaient variables suivant les cas, soit voie ascendante, soit voie descendante, soit inoculation directe, soit encore quoique plus rarement voie sanguine et lymphatique comme nous l'étudierons au chapitre suivant.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

On admet qu'il y a deux voies principales d'infection tuberculeuse de l'utérus : l'une *descendante*, provenant surtout des trompes et accessoirement de l'ovaire et du péritoine pelvien. L'autre *ascendante*, l'infection se fait par voie vaginale inférieure par lésion progressive de la muqueuse vulvo-vaginale ; ou directement par inoculation du col.

On admet également qu'il y a comme dans toute tuberculose localisée :

1° *Une tuberculose utérine primitive* : la tuberculose de l'utérus est dans ce cas la seule localisation tuberculeuse de l'organisme ou tout au moins la principale.

2° *Une tuberculose utérine secondaire*, dans ce cas des autres lésions tuberculeuses existent dans l'organisme et la tuberculose de l'utérus n'est qu'une part plus ou moins importante de la localisation tuberculeuse.

Cette distinction facile à comprendre du point de vue théorique devient très délicate à différencier, quand on étudie les détails de l'observation pour un cas donné ; il est presque impossible de savoir

quelle est la voie suivie par le bacille et si la lésion est primitive ou secondaire.

Il nous paraît probable que, pour faire une tuberculose du col, il faut un col malade depuis longtemps ; il faut aussi que l'infection tuberculeuse soit répétée et prolongée ; enfin la voie suivie par le bacille au lieu d'être unique est souvent multiple.

Daniel montre la difficulté d'établir qu'il s'agit d'une tuberculose primitive ou secondaire, lorsqu'il dit : « les difficultés se révèlent aussi grandes que quand il s'agit de découvrir la tuberculose elle-même. La participation des annexes aux lésions tuberculeuses permettrait, d'après quelques auteurs, de déduire que la tuberculose utérine est secondaire aux lésions annexielles. Ce n'est pas là notre avis, nous dit le Pr Daniel, et nous pensons qu'au contraire, la tuberculose utérine se propage plus souvent en effectuant une marche inverse de l'utérus vers la trompe. »

I. La tuberculose utérine primitive.

D'après Daniel, il y a tuberculose utérine primitive, dans les cas où, à l'autopsie, on constate les autres organes indemnes ou avec des traces de bacillose plus récentes que sur l'utérus.

Comment se fait l'infection primitive des voies génitales ? Elle se fait, soit par le coït, soit par l'apport dans les voies génitales inférieures de produits bacillifères (objets souillés, canules, linges, etc.).

Desplas accepte la possibilité de l'infection de l'organisme par les voies génitales inférieures ; pour lui, la tuberculose du col secondaire au coït est un fait ; la voie ascendante explique aussi une tuberculose primitive du col par inoculation directe.

Cette infection par le coït attire particulièrement notre attention, non seulement parce que c'est une question qui a été l'objet de nombreuses discussions aussi bien en France qu'à l'étranger ; mais aussi parce que dans une de nos observations les deux maris d'une femme sont successivement morts de tuberculose pulmonaire ; donc la question du coït se pose dans ce cas d'une façon probante. A l'appui de ce que nous venons de dire, nous allons emprunter à la thèse de Veyrat quelques faits qui nous semblent intéressants à ce sujet.

La conception en revient à Conheim.

En France, Verneuil la défendit vigoureusement.

Hégar et Spaeth admettent cette voie. Le sperme en effet peut contenir des bacilles de Koch bien que la découverte dans le magma préputial et vulvaire d'un bacille analogue à celui de Koch puisse faire naître dans l'esprit le doute qu'une confusion entre eux peut quelquefois se produire ; cependant, d'après les travaux de Cornil, Fernet, Derville, Curt Jani, Schuckart, Landouzy et Martin, Gartner..., c'est une notion établie.

Curt Jani ne trouve pas dans le sperme de certains phtisiques le bacille de Koch, mais il le trouve sur des coupes de leur testicule, six fois sur huit, et

toujours en petit nombre, soit dans les canaux séminifères, soit dans leur épithélium, sans qu'il y eut altération apparente de celui-ci ; il ajoute, qu'il n'y a aucune raison de douter du passage des bacilles à travers les membranes capillaires. Il en résulte que le sperme des phtisiques à testicules sains serait bacillifère. Ces expériences ont été reproduites par Veigert et confirmées par Gartner.

La salive du conjoint tuberculeux peut aussi infecter directement le col. Hammer (cité par Veyrat) rapporte un cas dont le mari était atteint de tuberculose pulmonaire avérée et qui pour faciliter l'introduction du penis dans le vagin humectait sa verge avec de la salive nécessairement bacillifère. Sa femme présenta à l'examen nécropsique une tuberculose des trompes.

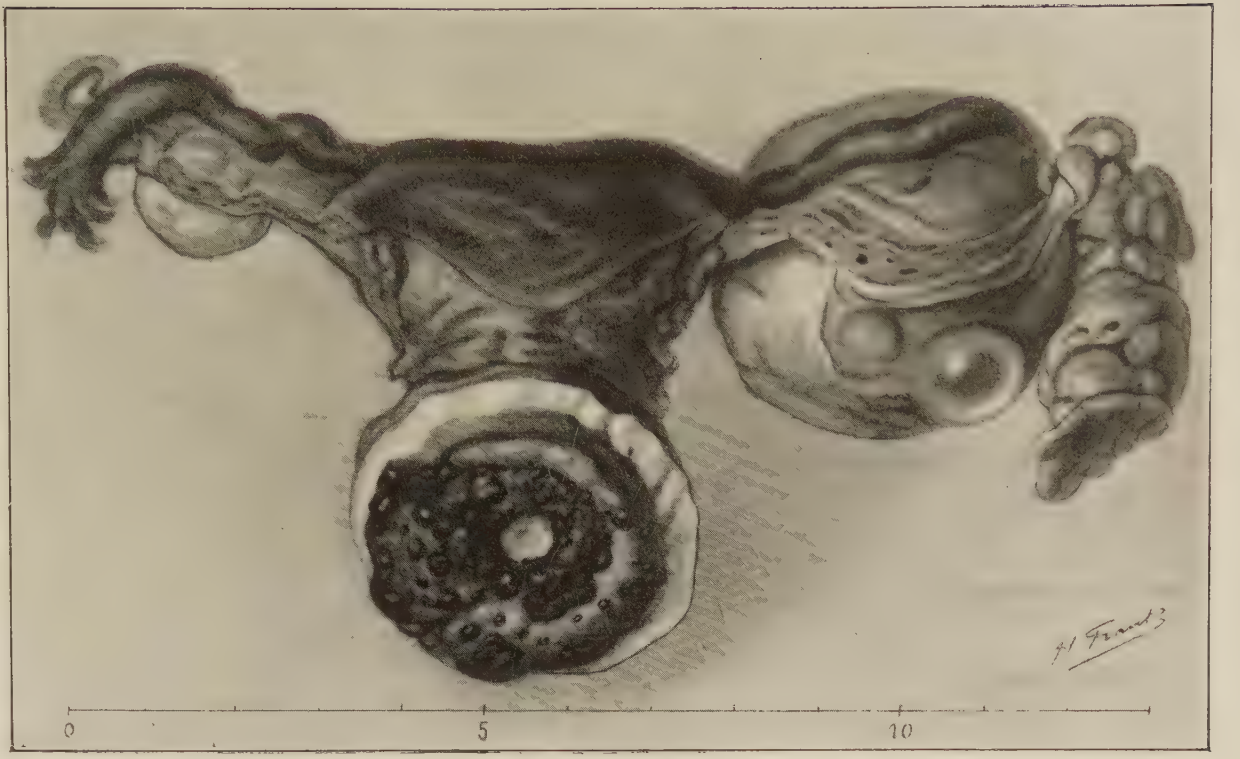
Les expériences de Cornil et Dobroklonski, Péraire, Popoff, Mlle Gorowitw, Murphy, etc., faites sur des animaux, prouvent qu'il faut une solution de continuité pour avoir des lésions tuberculeuses.

Enfin, en faveur de la tuberculose utérine primitive, directe, ascendante, nous trouvons des arguments importants dans le travail de Forgue sur la tuberculose génitale ascendante (*Paris Médical*, juin 1922).

1° *Des arguments cliniques.* — La bilatéralité des lésions annexielles ; l'endométrite et l'endosalpingite tuberculeuse ; la rareté de la tuberculose de l'ovaire ; enfin la fréquence de la perméabilité conservée de l'orifice abdominal des trompes.

Tuberculose du col de l'utérus.

FIG. 6 (Obs. II). — Coupe verticale montrant un col énorme envahi dans sa totalité mais sa surface est relativement régulière et lisse.



Tuberculose du col de l'utérus.

Fig. 5 (Obs. IV). — *Vue d'ensemble.* Le col est gros, très rouge, avec de petits mamelons irréguliers, très rapprochés et mous.

2° *Des preuves expérimentales.* — La difficulté des expérimentateurs à obtenir une salpingite tuberculeuse par voie d'infection hématogène, et au contraire la facilité de produire cette infection par voie intra-utérine ou même vaginale (Jung et Bemecke).

3° *Des constatations anatomocliniques.* — Très intéressantes, elles prouvent que les lésions tuberculeuses remontent de l'endomètre vers la muqueuse tubaire : au niveau de l'utérus on trouve des lésions de caséification et d'ulcération ; sur les trompes, l'épithélium est à peu près intact, le chorion est infiltré ; mais il n'y a pas d'ulcération ; les ovaires sont plus ou moins sains.

A côté de ces arguments, Forgue oppose la facilité de l'infection de la muqueuse cervicale par voie descendante grâce au cours des règles et des sécrétions venues des trompes plutôt que par une infection ascendante, à contre-courant, empêchée par l'hémorragie et la desquamation de l'épithélium qui, à chaque période menstruelle, ballayent la cavité et tendent à entraîner les bacilles qui auraient pu remonter.

En résumé : « L'apport bacillifère peut se faire par le sperme du conjoint ; mais il est plus vraisemblable que les bacilles sont introduits dans les organes génitaux par contacts malpropres ou par des poussières bacillifères » (Monond).

II. La tuberculose utérine secondaire.

D'après Daniel, l'infection utérine bacillaire, comme la plupart des tuberculoses chirurgicales, est considérée par la majorité des auteurs comme une localisation secondaire.

Le point de départ est : soit dans le tractus génital lui-même, préalablement infecté ; soit dans d'autres organes : poumons, péritoine, ganglions, intestin, os, appareil urinaire ; et la propagation se fait soit par continuité muqueuse, soit par contiguïté, dont le péritoine joue le rôle principal, ou bien par transport à distance au moyen de la circulation sanguine ou lymphatique.

Nous allons essayer de résumer en quelques mots ces différentes voies d'apport du bacille au col.

Propagation par continuité. — La trompe, primitivement tuberculeuse, transmet secondairement l'infection à l'utérus dans une proportion de 25 % (Délore et Chalier).

Le corps de l'utérus devenu tuberculeux peut également propager l'infection au col. Avec Daniel, nous acceptons la propagation du col au corps et également la propagation du corps au col.

Propagation par contiguïté. — La péritonite tuberculeuse serait une des sources fréquentes de la tuberculose utérine (Pozzi, Hoffmer). Le péritoine pelvien tuberculeux infecterait les organes génitaux par voie lymphatique.

Veyrat admet qu'une tuberculose intestinale peut aussi se propager par les lymphatiques et de proche en proche jusqu'au col, grâce aux rapports pathologiques entre le gros intestin et les organes génitaux de la femme. Il voit aussi comme probable que les lymphatiques qui unissent l'appendice iléo-cæcal avec la trompe droite, les autres communications lymphatiques qui existent entre l'utérus et le rectum au niveau des ligaments utéro-sacrés et au niveau des adhérences qui se développent si fréquemment dans le cul-de-sac de Douglas facilitent de l'un à l'autre de ses organes la propagation de la tuberculose.

Propagation à distance par voie sanguine. — La voie artérielle, d'ailleurs une des plus fréquemment réalisée dans la tuberculose génitale, peut produire la tuberculose isolée du col grâce à la distribution du système artériel. Au niveau du col existe un système artériel presque indépendant des deux segments voisins : d'une part le segment vaginal inférieur irrigué par les artères vaginales longues et d'autre part le segment supérieur utérin avec les artères en échelle, branches de l'utérine. Le col, intermédiaire à ces deux segments, a une indépendance artérielle notoire, avec ses deux branches symétriques cervico-vaginale et cervico-utérine.

Voie veineuse. — D'après les recherches de Lejars qui établissent que le système veineux génital présente des anastomoses avec les différents organes voisins on peut admettre que l'infection puisse se

faire par voie veineuse par ses anastomoses vers l'utérus.

Voie lymphatique. — Il y a pour Derveaux, soit une infection rétrograde par la circulation récurrente, secondaire à une infection ganglionnaire ; soit une infection par les petits vaisseaux lymphatiques de la muqueuse provenant des lésions de la muqueuse utérine.

On voit par ses nombreuses déductions pathogéniques combien peuvent être variables les voies suivies par le bacille pour atteindre l'utérus. Il est possible que parfois ces hypothèses soient réalisées en clinique ; on pourrait peut-être en imaginer d'autres. Ce sont là des questions qui nous paraissent sans intérêt pratique.

On peut simplement en tirer la conclusion suivante : si les voies d'infection sont nombreuses et d'autre part si la tuberculose du col est si rare, il faut, que pour qu'un col devient tuberculeux, des conditions particulières qui tiennent à la répétition des contaminations, à leur multiplicité sur un terrain spécialement préparé pour les recevoir.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la tuberculose du col est obscure; cependant il y a quelques signes particuliers qui permettent d'y penser. Dans ces conditions, une biopsie sera faite, ce qui permettra un diagnostic certain.

La lésion débute comme une métrite chronique de col, particulièrement tenace et récidivante. Il y a des améliorations momentanées sous l'influence du traitement habituel des métrites. Après une amélioration plus ou moins marquée, la récidive se produit. L'accalmie est parfois de longue durée ; mais la maladie finit par reprendre son évolution.

SYMPTOMES

Signes habituels de métrite.

a) **Pertes blanches**, jaunâtres, glaireuses sans caractère spécial ; quelques filets de sang, ou même de petites hémorragies traumatiques révèlent parfois une lésion ulcéreuse du col. Ces petites pertes de sang associées aux pertes glaireuses ont un certain intérêt clinique.

b) **Douleur** sans caractère particulier.

1. Pesanteur abdominale et lombaire.

2. Douleur au contact sur le col ; ce symptôme quelquefois signalé dans les cas publiés, n'existait pas dans nos observations.

3. Douleur à la mobilisation du col. Ce symptôme existait dans nos observations. Il serait expliqué à notre avis par l'existence de lymphangite pelvienne, et spécialement localisée aux ligaments larges et utéro-sacrés. Enfin elle serait dûe aussi à la salpingite concomitante.

c) **Troubles des règles.** — Ces troubles n'ont pas le même intérêt dans la tuberculose du col que dans la tuberculose du corps et des annexes. Les règles sont quelquefois abondantes, quelquefois irrégulières. D'une façon générale dans la tuberculose génitale les règles sont plutôt diminuées, rares, peu abondantes, quelquefois absentes.

Signes généraux.

Ils sont parfois absents, avec bon état de santé apparente. Cependant, il faut rechercher avec soin les signes d'imprégnation tuberculeuse ; comme cela se voit dans tout foyer tuberculeux en évolution : amaigrissement, fatigue, anémie, petites poussées fébriles inexpliquées avec sueurs le soir, ou pendant la nuit. Hypotension artérielle.

Signes associés.

L'examen complet révèle d'autres foyers tuberculeux, soit dans les antécédents et ayant laissé des séquelles : fistules ganglionnaires, cicatrices adhérentes du cou, pleurésie avec frottements pleuro-pulmonaire. Quelquefois on trouve les signes d'une autre tuberculose en évolution.

Examen local. — Signes physiques : 1° Le col présente à première vue des lésions de métrite banale mais certains points particuliers doivent attirer l'attention d'un médecin averti.

a) *Granulations apparentes.* — Granulations miliaires, petites, blanches, jaunâtres, enchassées dans la muqueuse. Les granulations tuberculeuses ont été signalées dans quelques observations. Personnellement nous n'en avons pas trouvé dans les cas que nous avons examinés.

b) *Nodules en voie de caséification.* — Cette lésion se présente sous forme de nodosité dure enchassée dans la muqueuse qui est soulevée à cet endroit. Au toucher on a la sensation de grains de plomb (signalé dans plusieurs observations). La nodosité est de la grosseur d'un grain de chénevis.

Au spéculum la nodosité est visible par sa saillie quelquefois jaune par caséification de la gomme tuberculeuse. De toute façon il est très difficile de ne pas prendre ces différentes lésions pour des kystes glandulaires enflammés ou pour des œufs de

Naboth : même sensation tactile de nodosité ; même coloration pâle ou jaunâtre.

Nous n'en avons pas trouvé dans nos observations.

c) *Ulcération tuberculeuse.* — Cette lésion se présente sous la forme d'une petite ulcération ronde, à bords rouges et décollés, à fond pâle peu végétant. On observe également des ulcérations plus grandes à bords festonnés par réunion de plusieurs petites ulcérations ; souvent il y a des lésions multiples, séparées les unes des autres par du tissu sain.

Cette description classique n'a pas été rencontrée dans nos observations.

Dans certains cas et particulièrement dans nos observations, on rencontre une variété d'ulcération, beaucoup plus saignante et bourgeonnante, à fond surélevé qui fait penser à un cancer au début. Dans tous ces cas l'aspect était tel qu'on a eu l'idée de pratiquer une biopsie, pour dépister le début de la dégénérescence cancéreuse. Cependant un examen attentif de la lésion montre l'absence d'un signe capital du cancer, c'est-à-dire l'induration.

Dans un cas il y avait une ulcération assez caractéristique dans la cavité cervicale : sur la pièce enlevée on voyait en effet une ulcération faisant presque le tour du canal cervical. Un peu au-dessus de l'orifice externe du col, à la limite de deux muqueuses : ulcération gris rosé, peu végétante ; les bords sont nets, rouges, taillés à pic et même décollés par place, ce qui rappelle la description classique de l'ulcération tuberculeuse. Malheureusement cette

ulcération, cachée dans la cavité cervicale n'était pas cliniquement visible.

d) *Végétation polypeuse.* — C'est là une forme fréquente de la tuberculose cervicale. Malheureusement le polype n'a pas de caractère particulier, il est plus gros et moins lisse qu'un polype muqueux. Dans nos observations la masse polypeuse, de la grosseur d'une petite cerise était irrégulière, charnue, assez ferme et saignante. Elle donne l'impression d'un polype adénomateux; d'ailleurs l'examen histologique montre qu'une grande partie du polype était formée de tissu adénomateux. Ici encore on n'observe rien de spécial permettant de penser à la tuberculose.

e) *Hypertrophie végétante*, d'une partie ou de la totalité du col. C'est une lésion *très particulière* que nous avons eu l'occasion d'observer deux fois (observations I et II) qui mérite une description spéciale. Au toucher on sent une masse exubérante, assez lisse, un peu vallonnée, souple et élastique. La limite est très nette au doigt qui palpe. On sent le bord de la lésion, puis un retrait, le tissu sain avec sa consistance habituelle. Au spéculum, on constate dans nos observations un aspect très particulier. Le col est hypertrophié, énorme (obs. II) ; sa couleur est rouge vif, un peu violacée ; les limites de la lésion ont une précision extraordinaire; tout autour de la lésion tuberculeuse qui fait saillie, on voit en retrait les tissus sains du vagin et le col avec leur aspect normal.

La surface de la lésion est assez lisse et d'un aspect très brillant elle est cependant valonnée mais sans trop déformer la figure habituelle du col. Par place on voit quelques petites ulcérations qui ont tendance à saigner. En ces endroits ulcérés il n'y a aucune induration décelable au toucher.

2° *L'utérus.* — Dans beaucoup d'observations l'utérus est gros et la muqueuse enflammée. S'agit-il de métrite tuberculeuse du corps ? Habituellement non : il s'agit de métrite banale. La mobilisation de l'utérus est souvent sensible.

3° *Les annexes.* — Les annexes sont plus ou moins malades. Les culs-de-sac sont remplis par des masses annexielles adhérentes et douloureuses. Ici encore il est difficile de reconnaître la part de la tuberculose. Toutefois ces lésions étendent les limites de l'exérèse et rendant nécessaire l'hystérectomie totale.

Formes cliniques de la tuberculose du col.

D'après Chaton il y a : la tuberculose cervicale pure ; la tuberculose cervico-utéro-annexielle ; enfin, la tuberculose cervico-vaginale. De toutes ces formes la plus commune est la tuberculose cervico-utéro-annexielle.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous conserverons la classification établie par les auteurs en *forme miliaire* (exceptionnelle) *forme ulcéreuse* (la plus fréquente), *forme papillomateuse*.

Remarquons d'abord que la tuberculose du col est nettement tuberculose de la muqueuse et qu'elle n'atteint qu'exceptionnellement la zone musculaire. On a donné à ce cas exceptionnel d'envahissement musculaire le nom de forme interstitielle (Chaton).

Forme miliaire. — C'est une forme exceptionnellement décrite, car en somme elle n'est que la localisation minime d'une granulie plus ou moins généralisée. Les formes suivantes paraissent aussi en être l'aboutissant.

Macroscopiquement, la lésion est constituée par des granulations tuberculeuses tout à fait semblables à la tuberculose des autres organes. Sur le fond rouge de la muqueuse, on voit des petites saillies hémisphériques, ou plates, semi transparentes, confluentes ou isolées, siégeant soit sur le museau de tanche, soit sur la partie vaginale. Il n'est pas rare de trouver des saillies jaunâtres, quelquefois ulcérées ou bien déprimées en leur centre.

Forme ulcéreuse. — C'est la plus commune ou au moins la plus fréquemment observée.

Macroscopiquement, on constate d'après Chaton et nos propres observations une petite ulcération ou une grande ulcération. La petite ulcération, lenticulaire, est à fond grisâtre ou recouverte de mucopus. Cette ulcération résulte de la transformation de la forme miliaire.

La grande ulcération est le résultat de la confluence des petites. Elle a des bords déchiquetés, décollés dans certains cas.Le fond est soit jaunâtre, soit grumeleux, pâle ou rouge vif. L'inflammation de la muqueuse de voisinage n'est pas rare.

L'extension de l'ulcération se fait soit en profondeur, soit en surface. L'ulcération peut prendre la forme d'éraillures. L'ulcération se trouve dans la portion vaginale, dans la portion endocervicale, ou sur les deux portions.

Microscopiquement, le développement de la tuberculose du col aboutit assez rapidement à la destruction de l'épithélium superficiel et à la production d'ulcération au début limitées, mais s'étendant ultérieurement à toute la surface du col.

L'envahissement du chorion de la muqueuse entraîne dans la forme ulcéreuse la disparition des glandes et leur remplacement par des lésions bacillaires (follicules, etc...). Selon le degré de l'évolution, la disparition des glandes peut être totale ou partielle. Au cour de leur disparition les glandes perdent leur caractère sécrétoire et présentent des

aspects de métaplasie avec hypertrophie cellulaire que nous avons figurés.

Forme papillomateuse, appelée aussi végétante hypertrophique. C'est une forme qui se traduit *macroscopiquement* du côté du museau de tanche, par des masses bosselées, bourgeonnantes et friables, d'aspect framboisé, plus ou moins pédiculées présentant une surface saignante. Il n'est pas surprenant qu'on ait fait le diagnostic erroné de cancer, étant donné l'identité d'aspect, dans certains cas, de ces lésions végétantes hypertrophiques, avec celles d'un néoplasme en voie d'évolution.

Du côté de la cavité cervicale, la tuberculose végétante se traduit sous forme d'arborisations, de fongosités, sans qu'il y ai à proprement parler de tumeur ; ce sont des végétations molles, saignantes, baignées d'un écoulement vaginal plus ou moins fétide, dans lequel se trouvent des débris de membrane. Le col rouge subit une hypertrophie dans son ensemble.

Microscopiquement, ces bourgeons correspondent à des productions papillaires de la muqueuse, que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'adénome. L'adénome peut être saillant et se présente sous forme de petites papilles isolées, ou au contraire prendre un développement important dans l'épaisseur même du col. L'inflammation (tuberculeuse ou non) arrive à modifier l'aspect de l'adénome. Les papilles, revêtues d'un épithélium plus ou moins modifié, sont fréquemment soudées. Le stroma est

abondamment infiltré, car on trouve des follicules tuberculeux dans l'intérieur même des papilles.

Quel est le rôle exact de la tuberculose dans les productions adénomateuses du col ? Est-ce la tuberculose qui détermine la formation de l'adénome, ou est-ce que la tuberculose s'est greffée sur un adénome préexistant ?

Remarquons que l'adénome du col est une lésion très fréquente. Le maximum des lésions adénomateuses ne coïncide pas toujours avec le maximum des lésions bacillaires. La tuberculose dans les autres parties de l'appareil génital (corps, trompes, ovaires) donne rarement lieu à des lésions hyperplasiques du genre de l'adénome.

La deuxième opinion paraît plus vraisemblable, cependant dans certains cas, il est difficile de se prononcer.

Comment expliquer l'augmentation de volume, la forme hypertrophique que l'on observe dans certains cas ? Dans notre observation ce sont surtout des lésions d'ordre inflammatoire qui expliquent l'hypertrophie du col : œdème, infiltration leucocytaire, lésions de sclérose, même de papilles.

La FORME INTERSTITIELLE, appelée par Chaton *tuberculose interstitielle* est une forme rare et difficile à diagnostiquer car on peut la confondre avec une hypertrophie simple du col. Dans un premier stade, les lésions existent seulement dans l'épaisseur du tissu musculaire, sous la forme de follicules tuber-

culeux ; plus tard, les follicules peuvent envahir la muqueuse et la fonte caséeuse se produit ; cette fonte caséeuse peut aboutir aux ulcérations. Dans le type interstitiel pur, on ne trouve pas de lésions muqueuses.

Dans le cas d'Alessandri, l'infection tuberculeuse s'étendait à la fois au corps et au col, et le corps de l'utérus était doublé de volume.

Pour la question de l'histologie de la forme interstitielle, voir plus loin l'observation XXV empruntée à la thèse de Chaton.

A côté de ces quatre grandes formes de tuberculose du col, il y a *la forme catarrhale* de Schütt (*Gazette des Hôpitaux*, 1907) (voir obs. XIX) dont les lésions histologiques sont localisées à l'épithélium superficiel et aux glandes qui sont remplies de masses caséeuses et de bacilles.

Enfin *la forme inflammatoire néoplasique* de Cotte (*Gazette des Hôpitaux*, 1907) (voir obs. XXVII) dans laquelle la présence de lésions histologiques ou de bacilles n'a pas été nécessaire pour affirmer la nature de la lésion ; le diagnostic s'appuie seulement sur une seule réaction d'agglutination (séro-diagnostic) ; aussi est-il sujet à des erreurs.

Au point de vue de l'anatomie pathologique générale les lésions de la tuberculose sont ou typiques, formations de follicules complets, ou un peu atypiques, les cellules épithéloïdes pouvant faire défaut. Les éléments lymphoïdes et les plasmazellen sont

particulièrement abondants. L'existence d'une ulcération détermine aussi la présence de polynucléaires.

Les follicules confluent fréquemment les uns dans les autres en nappes plus ou moins étendues et en fin de compte la muqueuse du col se présente seulement comme un infiltrat particulièrement dense, presque homogène, au milieu duquel on rencontre quelques cellules géantes. A la surface existe une mince membrane fibrino-purulente.

Comme dans les autres inflammations du col, le point le plus exposé de la muqueuse est le point de jonction de l'épithélium cervical avec l'épithélium vaginal. C'est là où l'érosion banale se produit le plus facilement; c'est là aussi où paraissent se développer le plus souvent des tubercules, à la faveur sans doute d'une érosion de la muqueuse.

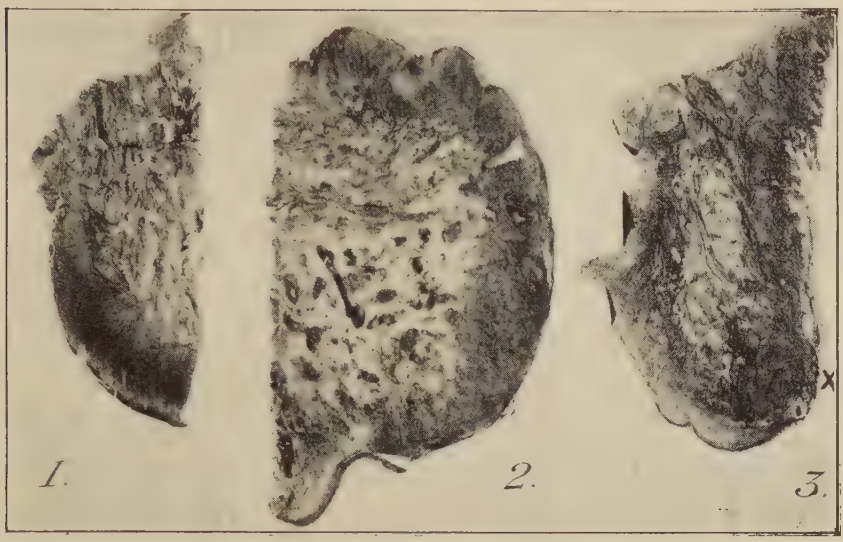


Fig. 1. — Coupes longitudinales du col faites au même grossissement.

1. (Obs. I). Tuberculose de la muqueuse. Réaction fibreuse dans la musculeuse. Disparition des glandes.

2. (Obs. II). Tuberculose de la muqueuse. Important œdème sous-muqueux. Raréfaction des glandes.

3. (Obs. III). Tuberculose de la muqueuse. Lésions peu accusées siégeant au niveau de x. Glandes à peu près normales avec inflammation périglandulaire.

Fig. 2 (Obs. III).— Vue d'une partie de l'adénome. Régénération hypertrophique de l'épithélium pavimenteux au contact de l'adénome infecté secondairement.

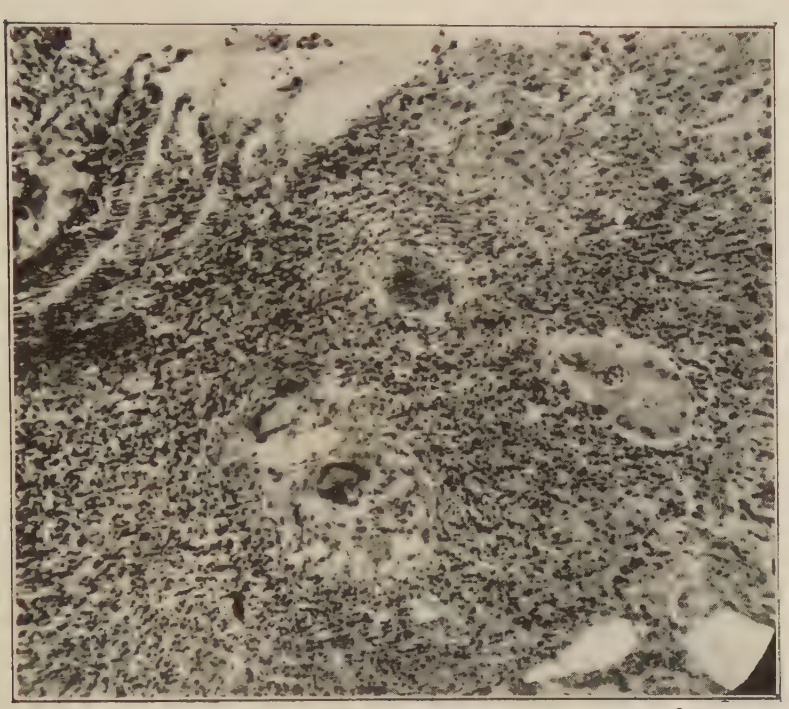


Fig. 3. — Follicules tuberculeux dans l'épaisseur du chorion avec ulcération superficielle. Infiltration diffuse du chorion. Une glande cervicale présentant une hypertrophie des cellules.

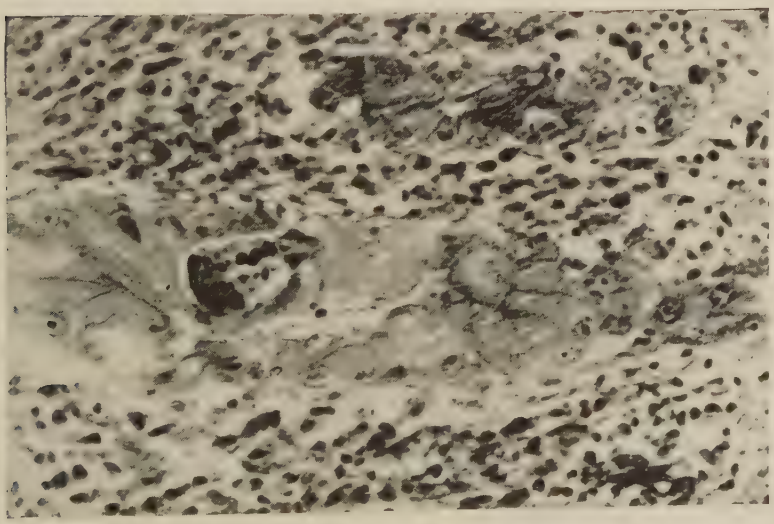


Fig. 4. — Hypertrophie et métaplasie de cellules muqueuses d'une glande cervicale dans l'épaisseur de la lésion. Leucocytes dans la lumière de la glande.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose du col est toujours difficile. Pratiquement il faut connaître son existence, et dans les lésions chroniques du col qui résistent au traitement, il faut y penser, faire un prélèvement biopsique et le laboratoire permettra seul d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion.

Diagnostic positif.

1° **Valeur des antécédents.** — Il est utile de les rechercher mais sans en tirer de conclusion ferme. Il sera toujours utile de retrouver par l'interrogatoire les antécédents personnels de tuberculose ancienne, guérie ou ayant laissé des séquelles, de chercher par l'examen complet de la malade les signes d'une autre tuberculose en évolution.

Le terrain tuberculeux et l'hérédité tuberculeuse donneront parfois une indication. La tuberculose du mari et spécialement la tuberculose génitale ou pulmonaire, cause de contamination par le sperme ou la salive auront aussi une certaine importance.

2° **Valeur des signes fonctionnels**. — Ces symptômes se confondent avec ceux de la métrite chronique. Peut-être tirera-t-on des indications des métrites tenaces, récidivantes, améliorées momentanément par un traitement local. La présence de filets de sang dans les sécrétions glaireuses indique une ulcération, symptôme plus souvent observé dans la tuberculose que dans la métrite banale.

3° **Valeur des signes généraux**. — L'amaigrissement et d'une façon générale les signes d'imprégnation tuberculeuse se retrouvent parfois dans les observations avec assez de précision pour qu'on puisse en tenir compte.

4° **Valeur des signes locaux**. — Quelle que soit la variété anatomique de la tuberculose du col, les lésions observées sont plus importantes que celles d'une métrite et moins importantes que celles d'un cancer. C'est là l'idée très simple que nous en a donnée le Dr Douay.

Nous retrouvons la même idée sous la plume du Prof. Hartmann à l'occasion de deux cas cités dans la thèse de Remilly. « Ce qui fait penser à la tuberculose, c'est que les lésions que l'on constate ne répondent ni aux végétations d'une métrite banale, ni aux végétations d'un cancer du col ; on a l'impression tant au toucher qu'à la vue, de quelque chose qui n'étant ni de la métrite ni du cancer est peut-être de la tuberculose. » Nous retrouvons

encore la même hésitation dans l'observation de Richelot (voir obs. XIV) que nous reproduisons plus loin d'après Petit-Dutaillis : la lésion en effet a été prise d'abord pour une métrite puis pour un cancer.

Y a-t-il quelques caractères particuliers pouvant y faire songer ?

a) *La multiplicité des lésions.* — Elle est signalée par les auteurs classiques. Parfois à côté de la lésion principale, il y a d'autres lésions dans le voisinage, soit tubercules caséifiés, soit tubercules nodulaires, soit granulations apparentes sous la muqueuse.

Dans nos observations nous n'avons rien vu de semblable. La lésion a toujours été unique et non multiple, aussi bien dans sa forme ulcéreuse que dans sa forme végétante.

Quant aux lésions de voisinage se présentant sous l'aspect de points blancs, de nodules enchâssés dans la muqueuse, elles ressemblent d'après les descriptions aux petits kystes glandulaires, muqueux ou suppurés de la métrite chronique.

Pour différencier un œuf de Naboth de métrite chronique d'un tubercule caséifié de la muqueuse, il faut une certaine attention. Peut-être y parviendrait-on en ponctionnant le petit nodule blanchâtre avec une aiguille ou un galvano-cautère. On pourrait peut-être juger d'après l'issue du contenu s'il s'agit de matière caséeuse ou de pus.

b) *La limite précise du bord des lésions.* — Ce signe nous a été enseigné par le Dr Douay.

Dans la forme ulcéreuse cette limite est marquée

par un sillon séparant la lésion ulcérée et la muqueuse saine. Ce sillon est comme tracé avec la pointe d'une épingle si bien que la muqueuse saine légèrement décollée surplombe un peu la région ulcérée.

Dans la forme végétante, la limite est toujours aussi précise, mais c'est la muqueuse malade, exubérante, qui surplombe la muqueuse saine. Dans le cancer au contraire, il y a autour de l'ulcération et de la végétation une zone où la muqueuse est déjà infiltrée, ici la transition est absolument précise, la muqueuse voisine est absolument saine avec tous ses caractères.

c) *L'aspect mamelonné des lésions.* — Ce signe indiqué par Petit-Dutaillis, nous paraît avoir une certaine importance.

a) Dans la forme ulcéreuse, on voit sur le fond de l'ulcération de petits mamelons roses; cet aspect indiqué également par Polosson et Violet existait dans l'une de nos observations.

b) Dans la forme végétante hypertrophique, l'aspect mamelonné des végétations, ou mieux encore l'aspect vallonné des végétations, dont la surface est lisse et régulière, a paru au Dr Douay et à nous-mêmes comme un caractère de première importance.

d) *L'élasticité des lésions.* — Ce signe est signalé par tous les auteurs, qu'il s'agisse d'une forme ulcéreuse ou végétante, on retrouve toujours à la palpation une consistance particulière de mollesse

et d'élasticité qu'on ne retrouve jamais dans les lésions cancéreuses. Seules les lésions adénomateuses du col présentent elles aussi une certaine élasticité particulière qui peut prêter à confusion.

e) *La coloration des lésions.* — Dans la forme ulcéreuse, la coloration de la lésion est pâle, légèrement grisâtre ou violacée, le sillon périphérique est peut-être plus rouge, en tout cas la muqueuse voisine est de coloration normale, plutôt pâle et sans inflammation.

Dans la forme végétante, la couleur telle que nous l'avons observée dans nos deux cas est très particulière, c'est une couleur rouge, brillante, un peu vernissée. La masse exubérante, mamelonnée ou vallonnée, est lisse.

Cette coloration vive tranche sur les tissus sains, absolument normaux d'aspect et de couleur. C'est cette opposition de teinte qui nous paraît être caractéristique dans la tuberculose végétante hypertrophique.

Dans le cancer la coloration est rouge foncée, et la surface est très inégale, bosselée et sans aucune régularité.

Dans la métrite adénomateuse, la coloration est également foncée rouge violacée, et la surface très régulière est granitée.

Dans la métrite ulcéreuse, l'aspect est inflammatoire et le fond du vagin est plus ou moins rouge.

5° **Valeur des recherches de laboratoire.** — a) *Recherche directe du bacille* dans le pus cervical

et dans les sécrétions vaginales. Le bacille tuberculeux n'existe qu'en très petit nombre dans ces sécrétions, il est presque impossible de le mettre en évidence par l'examen direct.

b) *Inoculation au cobaye.* Etant donné le nombre des microbes existant dans le pus vaginal, l'inoculation au cobaye provoque habituellement sa mort par infection, ce qui empêche de se renseigner sur la tuberculisation de l'animal.

c) *La cutiréaction*, *l'ophtalmoréaction*, *la réaction de Besredka* suivant la méthode de Bordet-Gengou appliquée à la recherche de la tuberculose, sont quelquefois utilisées avec des résultats inconstants. Cette dernière recherche est couramment employée à l'hôpital Broca pour le diagnostic de la tuberculose annexielle. En général ces réactions sont trop sensibles et il suffit qu'un organisme ait eu à lutter contre une infection tuberculeuse pour qu'il conserve des anticorps en quantité suffisante pour que ces réactions donnent des résultats positifs.

6° **Valeur de la biopsie.** — L'examen histologique donne un renseignement capital pour établir le diagnostic positif, il faut encore que l'examen soit fait par un histologique expérimenté. Les lésions ne sont pas toujours évidentes. Parfois l'aspect de la première coupe n'est pas démonstratif, il faut répéter les recherches pour trouver la lésion absolument caractéristique de la tuberculose.

Diagnostic différentiel.

1° **Métrite banale.** — Les phénomènes inflammatoires sont plus intenses et les lésions plus uniformément étendues à la totalité du col. Cependant certaine métrite chronique avec petites ulcérations et œufs de Naboth suppurés, faisant figure de grains blancs enchassés dans la muqueuse peuvent faire penser à tort à la tuberculose.

2° **Métrite adénomateuse.** — Dans sa forme localisée, l'adénome du col représente une végétation molle, élastique, rouge sombre.

Dans sa forme généralisée tout le col est gros, élastique, bosselé.

La similitude avec la forme hypertrophique de la tuberculose est très marquée.

L'adénome donne lieu à une sécrétion glaireuse jaune ambrée, gélatineuse, très abondante, et non à des pertes purulentes.

La surface de l'adénome est grenue et non mamelonné, l'adénome est moins hémorragique que la végétation tuberculeuse.

3° **Cancer du col.** — Dans sa forme creusante, la lésion cancéreuse est irrégulière, saignante, avec bords indurés.

Dans sa forme végétante, les bourgeons cancéreux sont gros, irréguliers, séparés les uns des

autres par des sillons profonds ; ils sont saignants au moindre contact, ils sont fermes et le pourtour des lésions néoplasiques est infiltré et résistant au doigt.

Cas très difficiles. — Le diagnostic devient très délicat, lorsque la localisation de la tuberculose est placée dans le canal cervical, qu'il s'agisse d'ulcération, ou de végétation, ou de polype. Dans ces cas la lésion est difficile à voir et à sentir au toucher.

Le diagnostic différentiel avec le polype muqueux, avec le polype adénomateux, avec le cancer endo-cervical est très délicat; ce qui domine l'examen est la souplesse du col et la dilatabilité de l'orifice externe dans le polype et dans la tuberculose. Au contraire dans le cancer endo-cervical le col est rigide et peu extensible. Dans tous ces cas la biopsie permet le diagnostic différentiel. Il faut bien entendu que le prélèvement soit fait au bon endroit, qu'il soit enlevé avec une bonne curette tranchante ou mieux avec la pince emporte-pièce de Jean-Louis Faure; il faut qu'il soit assez gros et que sa fixation soit faite de suite dans un bon liquide fixateur comme le liquide de Bouin.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION, COMPLICATIONS. PRONOSTIC

Evolution. — La marche de la tuberculose du col utérin est essentiellement chronique et ténace, avec tendance à envahir le corps, les annexes et même le péritoine.

Cette évolution chronique peut être entrecoupée par des poussées de pelvi-péritonite à répétition, donnant au tout une allure aiguë, tout à fait spéciale.

La limitation des lésions au col est exceptionnelle ; la guérison spontanée impossible. Seul un traitement approprié peut faire rétrocéder et même guérir les lésions tuberculeuses.

Complications. — Il y en a surtout deux qu'il faut redouter : la généralisation brusque des lésions tuberculeuses, sous la forme de septicémie et de tuberculose miliaire ; une méningite tuberculeuse, fatalement mortelle. A côté de cela il y a l'hypoplasie utérine avec tous ses troubles dysménorréiques ; l'atrésie du col et du corps de l'utérus, avec rétrécissement notable de la cavité utérine et du canal

cervical, qui peuvent entraîner la rétention des produits tuberculeux ; la stérilité chez les femmes tuberculeuses, c'est un fait constatable, mais non absolu ; la rupture de l'utérus, même en dehors de la grossesse, par fonte caséeuse des lésions ; enfin, la formation d'abcès et de fistules, qui entraînent les infections secondaires surajoutées, qui assombrissent grandement le pronostic.

Pronostic. — L'affection tuberculeuse abandonnée à elle-même, évolue vers la mort, avec son cortège habituel de complications que nous venons d'énumérer. La survie de la malade est sous la dépendance de beaucoup de facteurs : le terrain, son état général plus ou moins compromis, le degré de l'affection ; enfin la coexistence des autres lésions tuberculeuses de l'organisme (du petit bassin, des poumons, cerveau, etc.) qui hâtent vers la terminaison fatale.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous n'avons pas ici l'intention d'aborder le traitement général ou médical de la tuberculose. Nous étudierons seulement le traitement chirurgical de la tuberculose du col.

Nous envisagerons successivement la conduite à suivre en face d'une tuberculose localisée au col ; d'une tuberculose du col associée du corps et des annexes et enfin d'une tuberculose génitale associée à une autre tuberculose viscérale.

S'il s'agit *d'une tuberculose limitée au col* et tout à fait au début, le traitement purement local est la règle ; il y a lieu de détruire les lésions tuberculeuses soit avec les topiques : formol, nitrate d'argent, teinture d'iode, chlorure de zinc, caustique de Filhos, etc. ; la thermo-cautérisation préconisée par le Pr Faure est encore plus efficace ; enfin le curettage et l'extirpation de la lésion à l'aide du bistouri, sont des méthodes plus radicales.

Si on a une installation diathermique, on pourra utiliser le bistouri électrique qui enlève la lésion avec le minimum d'hémorragie et en réduisant au minimum les risques d'inoculation.

Lorsque la lésion tuberculeuse est un peu étendue on pratique une amputation du col. Pour se rendre compte de l'étendue de l'exérèse il faut faire l'examen de la muqueuse cervicale enlevée ; car après une opération incomplète la récidive se produit sur le moignon et rend nécessaire une deuxième opération.

Si on se trouve en face *d'une tuberculose du col, du corps et des annexes*, une hystérectomie totale s'impose, et seule l'opération précoce, avant que la tuberculose se soit généralisée, peut assurer une bonne guérison. M. le Pr Faure conseille que « quel que soit le degré des lésions, il faut enlever l'organe ; à plus forte raison, lorsque les annexes sont envahis, devons-nous pratiquer l'ablation utéro-annexielle ». Cette ligne de conduite a été suivie dans nos observations, où l'opération d'hystérectomie large a été faite.

L'hystérectomie étant décidée, quelle est la voie à suivre, la voie haute, abdominale, ou la voie vaginale ?

Ces deux voies se partagent l'appréciation des auteurs : les uns, les moins nombreux, préfèrent la voie vaginale ; les autres, la voie abdominale. Actuellement l'hystérectomie vaginale a tendance à être délaissée parce qu'elle est un peu aveugle. Lorsque la tuberculose des annexes est bilatérale et très adhérente, l'hystérectomie vaginale peut déchirer les annexes et laisser des fragments qui continueront à former des foyers tuberculeux de suppuration.

La voie abdominale est de règle dans presque tous les cas, surtout si l'utérus est gros, et les annexes volumineuses et adhérentes et lorsqu'il y a suppuration. Pour M. le Pr Faure, la voie haute est la seule qui permet de faire un diagnostic précis et de faire des opérations partielles ou une opération complète lorsque tout est malade.

Y a-t-il des avantages à laisser si possible un des deux ovaires ? La question est discutable ; mais il faut se rappeler que la fonction chez ces femmes est presque toujours déjà troublée et qu'en supprimant les ovaires on ne supprime qu'un organe dont la fonction n'existe plus depuis longtemps ; donc, l'idée conservatrice est ici à délaisser.

Enfin, la conduite à suivre en face *d'une tuberculose associée à une autre lésion viscérale* change complètement les choses. Ici le traitement local par les topiques, l'héliothérapie, les rayons ultra-violets, sont des adjuvants précieux du traitement chirurgical.

Une dernière question : le drainage dans le traitement de la tuberculose génitale. On admet que le drainage favorise l'établissement des fistules et la persistance de la suppuration. Rappelons-nous que trois de nos malades ont été drainés à l'aide d'un sac de Mikulicz et une autre à l'aide de drains placés dans le vagin, et qu'elles ont guéri sans trace de fistule ; et c'est ce qui se produit habituellement quand l'exérèse est large et complète, supprimant ainsi le foyer tuberculeux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

Tuberculose du col simulant un cancer, développée sur une métrite adénomateuse.

Mme P..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital Broca le 24 juin 1930 pour ulcération constatée à la consultation, s'accompagnant de pertes permanentes et mal odorantes.

On relève dans ses antécédents personnels : Réglée à l'âge de 10 ans ; règles douloureuses et peu abondantes ; pertes blanches abondantes tachant le linge en jaune.

En 1924 la malade, dit-elle a contracté *la grippe intestinale* et ensuite de la congestion pulmonaire avec fièvre qui a monté brusquement à 40° ; dans les mois suivants elle reste affaiblie et présente des transpirations profuses et de la température (37°5) le soir ; elle se fait faire une radiographie des poumons dans un dispensaire américain : Radio négative.

Mariée le 15 janvier 1925 elle a commencé à souffrir de son ventre un mois après son mariage. Les douleurs ont eu tendance à se localiser à droite.

A cette époque la malade consulte son médecin qui fait le diagnostic de salpingite. Il la soigne pendant 5 mois.

En 1926 grossesse arrivée à terme par accouchement d'un enfant bien portant.

En 1927 son médecin constata des ulcérations au niveau de son col qu'il soigne par des cautorisations sans grand résultat.

En 1928 la malade continue à souffrir de son ventre. Elle consulte en Algérie un médecin qui lui fait des nouvelles cautérisations sans la guérir non plus. Alors, le médecin Algérien lui conseille de se faire soigner à l'hôpital à Paris.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis où elle est soignée de janvier 28 à juillet 28 pour annexite droite et ulcération métritique du col.

Traitement purement médical : on pense à la tuberculose, et on lui conseille de s'en aller à la campagne pour suivre une cure de repos, tout en restant allongée. Elle reste à la campagne jusqu'à la fin de l'année et rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis : applications de filhos jusqu'au mois de janvier 1929 ; pas de guérison. A ce moment-là on pense encore à la tuberculose du col, mais la biopsie est négative.

Au mois de février la malade consulte à Clichy un nouveau médecin qui lui fait — dit-elle — un curettage dans sa clinique particulière. La malade quitte la clinique 3 semaines après son curettage, améliorée ; mais 2 mois après, vers la première quinzaine de mars, reprise de douleurs et cette fois apparition des pertes sanglantes et mal odorantes.

Désespérée, elle retourne voir le médecin qui l'a soignée à Clichy et le médecin lui conseille l'opération pour le mois d'octobre ; mais la malade n'accepte pas et s'en va à Ascain où le médecin de sa famille lui conseille, lui aussi l'opération. Il lui fait suivre, en attendant un traitement médical avec du chlorure de calcium et de l'ergotine.

Enfin le 20 janvier 1930 elle consulta à l'hôpital Broca,

Mlle Bégaud interne de la consultation constata à l'examen clinique du col un adénome suspect de dégénérescence cancéreuse, demande l'appréciation de M. le Dr Douay qui fait le diagnostic clinique de Mlle Bégaud : cancer du col au début développé sur un col adénomateux.

Examen clinique. — Le col au toucher fait une saillie bourgeonnante, étendue au 3/4 de son pourtour et remplit tout le fond du vagin ; le doigt revient souillé de sang et de pertes de mauvaise odeur.

Au spéculum. — Le col apparaît rouge, végétant, saignant dans presque toute son étendue ; seule la commissure droite ne participe pas à cette augmentation de volume. Au premier abord, l'impression est mauvaise, mais un examen attentif permet de constater : 1° l'existence d'annexites inflammatoires rendant les culs-de-sac empatés et douloureux, et diminuant la mobilité totale de l'utérus ; 2° que la partie bourgeonnante du col se présente sous un aspect grenu et peu végétant sur la plus grande partie de son étendue. En explorant cette surface avec la pince comme nous le montre M. Douay, la consistance n'est pas celle du cancer, elle est élastique, c'est la consistance de l'adénome du col. De plus, cette surface est peu saignante. Ce n'est que par place et spécialement sur les bords du col, qu'on trouve des points ulcérés et saignants. On pense à ce moment à un adénome diffus du col avec dégénérescence cancéreuse sur plusieurs points de la périphérie.

Un prélèvement est fait à l'endroit qui paraît le plus dégénéré avec la pince emporte-pièce. La réponse du laboratoire n'est pas très précise : un premier examen et M. Champy demande quelques jours pour faire de nouvelles

coupes. Toutefois le cas est considéré comme un cancer du col encore bien localisé et l'opération de Wertheim est décidée sans plus tarder.

Un examen complet de la malade ne permet de constater aucune contre-indication opératoire. L'état général est très florissant. La malade accuse un amaigrissement, mais cependant elle est encore très grosse et rouge de figure. Elle ne tousse pas et l'examen des poumons est négatif. La radiographie des poumons ne revèle rien de particulier.

Une réaction de Wassermann est faite ; elle est négative.

Le dosage de l'urée sanguine donne 0, 38.

Examen d'urine négatif.

Opération : Le 25 janvier 1930. — Opérateur M. le Prof. J.-L.Faure. — Anesthésie générale avec le mélange Schleich. Laparatomie médiane sous-ombilicale. L'utérus pris par les cornes est bien mobile. Les annexes présentent des lésions de salpingo-ovarite ancienne, sont enlevés pour faire du jour. La vessie est décollée. Les artères hypogastriques sont facilement découvertes et liées de chaque côté. L'uretère droit est facilement trouvé sur le feuillet postérieur du ligament large et disséqué jusqu'au croisement de l'artère utérine droite ; celle-ci est prise avec la pince utérine de J.-L.Faure en dehors de l'uretère. Celui-ci est disséqué jusqu'à la vessie après la prise des vaisseaux vésico-vaginaux.

La même dissection est faite à gauche sans grande difficulté. Les ligaments utéro-sacrés sont pincés et coupés. L'hémostase est difficile à droite où il est nécessaire de laisser plusieurs pinces à demeure.

Un surjet hémostatique de la paroi antérieure du vagin à la séreuse vésicale est fait en avant ; de même la paroi va-

ginale postérieure est suturée au péritoine rectal. Une mèche est étalée sur la base des ligaments larges et sort par le vagin. Un drain est placé sur le Douglas avec un sac de Mikulicz qu'on rempli de quatre mèches. La paroi abdominale est fermée en trois plans.

Pièce. — La pièce opératoire est dessinée par le Dr Douay Elle montre l'utérus enlevé avec une colerette vaginale de deux centimètres et des paramètres étoffés.

Ce qui est particulier c'est l'aspect du col : tandis que la commissure droite a un aspect normal (coloration rose-pâle): le reste du col, les deux lèvres et la commissure gauche forment une saillie rouge considérable.

La ligne de séparation entre ces deux aspects est nette et précise. Jamais on ne trouve de telles précisions dans le cancer. De plus, la partie hypertrophiée et rouge présente une surface lisse avec quelques petites ulcérations disséminées. La consistance est ferme, mais n'a pas la dureté d'une lésion cancéreuse. Tout ceci est très spécial et attire particulièrement l'attention.

Lorsque le col est coupé on voit nettement à l'œil nu sur la coupe verticale que la lésion est en réalité très superficielle. La muqueuse est épaisse et blanchâtre mais seulement sur 4 ou 5 millimètres d'épaisseur : le reste du tissu du col présente à l'œil nu son aspect habituel.

Les culs-de-sac vaginaux sont parfaitement souples et normaux, de sorte que ici encore la partie hypertrophiée et malade du col s'arrête brusquement en formant une ligne régulière et précise.

C'est seulement à ce moment qu'arrive du Laboratoire une réponse précise de M. Champy : *il s'agit de la tuberculose*

du col. Immédiatement se trouvent expliquées les anomalies si curieuses constatées à l'examen clinique et à l'examen de la pièce anatomique.

Examen histologique : Voilà ici la note de M. le Dr Bulliard :

La lésion siège uniquement au niveau de la muqueuse cervicale où elle occupe la totalité du chorion. L'épithélium fait défaut sur toute cette région, et à sa place il existe une ulcération.

L'ulcération est limitée du côté vaginal par l'épithélium pavimenteux qui envoie à sa surface une mince languette de cicatrisation.

Du côté du canal cervical, l'épithélium fait défaut en grande partie ; il n'est à peu près intact qu'au niveau de l'embouchure des glandes.

La zone infectée est *remarquablement* homogène sur une épaisseur de 3 à 4 millimètres et une longueur de 4 centimètres environ. A la surface existe un enduit pseudo-membraneux, formé de tissu mortifié, parsemé de leucocytes. Au-dessous existe une zone d'inflammation diffuse.

Les vaisseaux y sont abondants ; quelques-uns dilatés apparaissent plus sombres que le tissu environnant, parce qu'ils sont bourrés de lymphocytes.

Les éléments inflammatoires comprennent surtout des lymphocytes, des plasmazellen relativement nombreux et des cellules conjonctives de taille plus considérable (histocytes).

Au milieu des lymphocytes se trouvent quelques cellules géantes, avec noyaux disposés en couronnes mais de petite taille et non entourées de cellules épithélioïdes.

En profondeur, l'infiltration se fait de façon moins diffuse, avec tendance à l'isolement des follicules. Ceux-ci, limités par une étroite couronne de lymphocytes possèdent souvent un centre formé par des cellules de taille plus grande (en voie d'évolution épithélioïde).

De minces faisceaux conjonctifs, à disposition irrégulière persistent entre les éléments inflammatoires.

Les glandes ont complètement disparu dans l'épaisseur de la lésion ; elles n'existent plus qu'à sa périphérie. Elles sont simplement dilatées et un peu hypertrophiées, ayant conservé l'aspect lobulé. La lumière est élargie et on y constate des signes d'infection à polinucléaires surtout marquée à l'orifice.

A la limite de la lésion, existe des bandes de sclérose nette, avec de place en place des signes d'inflammation périvasculaire légère. La lésion est également manifeste autour des vaisseaux, principalement des vaisseaux artériels.

En résumé : il s'agit d'une infiltration de la muqueuse par des follicules tuberculeux souvent incomplets, mais conglomérés et fusionnés par leur bords. Pas de caséification.

Cette infiltration a déterminé : une ulcération en surface ; la disparition des glandes ; une réaction fibreuse en profondeur.

Suites opératoires : Très satisfaisantes. La malade a parfaitement supporté l'opération qui a duré 40 minutes. Le deuxième jour les pinces à demeure sont enlevées ainsi que les mèches superficielles. Le quatrième jour on enlève les mèches profondes ainsi que les mèches vaginales, de sorte qu'il ne reste plus que le sac de Mikulicz. Des lavages quotidiens sont faits à partir du sixième jour. Le sac est enlevé

le onzième jour sans la moindre difficulté. La plaie a bon aspect ; mais la cicatrisation est particulièrement longue, laissant supposer qu'elle pourrait bien être contaminée par le bacille de Koch. La malade quitte l'hôpital en très bon état de santé ; la plaie est cicatrisée presque complètement le 6 mars 1930.

Résumé : Il s'agit d'une tuberculose du col simulant un cancer du col, développé sur une métrite adénomateuse ; erreur rectifiée après opération de Wertheim, par l'examen macroscopique de la pièce et des recherches histologiques plus attentives. Guérison.

OBSERVATION II (inédite)

Tuberculose végétante du col simulant un cancer sur adénome diffuse.

Mme N .., modiste, âgée de 43 ans rentre à l'hôpital Broca le 25 mars 1930 pour des pertes de glaires et de sang très abondantes. Père vivant : 70 ans et bien portant. Mère morte d'artério-sclérose à l'âge de 60 ans. Un frère et une sœur bien portants. Pendant son enfance : rougeole et scarlatine. A l'âge de 10 ans pleurésie droite avec extinction complète de la voix ; puis la voix reprend. Réglée à l'âge de 10 ans. Règles très abondantes ; pertes blanches. Mariée deux fois ses maris sont morts de tuberculose pulmonaire. La malade a soigné son premier mari 8 mois de suite. Au début de son premier mariage à l'âge de 22 ans elle a une crise de péritonite aiguë survenue brusquement et sans cause appréciable. Soignée chez elle ; guérison.

En 1910, c'est-à-dire à l'âge de 23 ans elle a son premier

enfant qui à ce moment n'est pas très solide au dire de la malade.

En 1914 elle a une grossesse trigèmellaire. Accouchement très difficile. Un des trois jumeaux est vivant et bien portant, les deux autres sont morts quelques temps après l'accouchement.

A l'âge de 30 ans elle a eu son troisième enfant : bien portant.

En 1924 la malade est victime d'une deuxième crise de péritonite et cette fois-ci elle dit que son mari l'a contaminée car il était atteint d'un écoulement urétral. La malade rentre d'urgence à l'hôpital Cochin avec des douleurs atroces dans le ventre ; des vomissements et des pertes rouges abondantes. Le diagnostic posé à l'hôpital est celui de péritonite pelvienne ; alors on lui proposa l'opération immédiate que la malade refusa.

Pendant six semaines la malade suivit à l'hôpital les prescriptions médicales et après amélioration elle rentre chez elle.

De temps à autre la malade continue à souffrir ; elle a des élancements surtout du côté gauche du ventre. Depuis deux ans environ les pertes blanches sont de plus en plus abondantes et parfois tout à fait sales avec odeur. Elles résistent aux traitements conseillés : injections vaginales et ovules.

Depuis janvier 1930 son état s'aggrave, des pertes de sang se produisent d'une façon intermittente. La fièvre monte chaque soir à 38. Son appétit est diminué et son poids a baissé de plusieurs kilos.

Le 20 mars elle consulte son médecin qui lui conseille

d'entrer d'urgence à l'hôpital Broca pour se faire opérer.

Examen : A un premier examen fait à la consultation le col apparaît énorme, végétant, l'utérus est immobile et on pense à un cancer du col dans sa forme massive avec envahissement des paramètres.

A un examen plus approfondi fait dans le service on reconnaît d'abord que la fixité de l'utérus est due à des phénomènes inflammatoires du côté des annexes ; en second lieu, que ce col énorme n'a pas la dureté du néoplasme, que sa surface quoique bourgeonnante est plus lisse et moins irrégulière que celle du néoplasme ; que les zones hémorragiques ne sont pas étendues à la totalité de la surface. Aussi pense-t-on qu'il s'agit d'un adénome diffus du col avec dégénérescence néoplasique partielle. Cette dégénérescence ne serait pas produite sur un seul point de l'adénome, mais sur plusieurs points qui paraîtrait légèrement ulcérés et plus saignants.

On fait un prélèvement biopsique avec la pince coupante sur le bord de la lésion au niveau d'un point suspect de dégénérescence. Le morceau prélevé est blanchâtre, assez friable et macroscopiquement a l'aspect du cancer.

Dans ces conditions, la malade est jugée opérable. Elle est examinée à la leçon clinique du vendredi par M. le Pr Faure qui confirme le diagnostic : cancer du col au début sur adénome diffus du col avec annexite double fixant l'utérus.

L'opération est fixée au lendemain. C'est à ce moment que le résultat de la biopsie est donné par le laboratoire : *tuberculose du col.*

Quelle est la conduite à suivre pour le traitement ?

Après discussion, le Pr Faure juge que l'amputation du

col, suffisante pour guérir le col, laisserait subsister les salpingites. Il juge que l'hystérectomie totale sera le meilleur moyen d'enlever en une fois les lèsions.

Les différents examens pratiqués pour déceler d'autres lésions tuberculeuses sont négatifs; mais le Wassermann est quatre fois positif, ce qui nécessite un traitement spécifique.

Opération : le 29 mars 1930. Anesthésie générale : mélange de Schleich. Opérateur M. Faure.

Laparatomie sous-ombilicale : on voit l'utérus gros avec des annexes adhérentes, la gauche est volumineuse et kystique. On ne voit aucune lésion nette de tuberculose ; pas de granulations sur le péritoine. Ligature et section des ligaments utéro-ovariens et des ligaments ronds. Libération et ablation des annexes. Décollement de la vessie. Les uretères sont découverts et l'utérine liée ainsi que les branches vésico-vaginales. Section des ligaments utéro-sacrés. Ouverture du vagin et ablation de la pièce.

Etant donné la difficulté de l'hémostase, on laisse quelques pinces à demeure et un Mikulicz.

Ablation de deux gros ganglions au contact de la veine iliaque gauche. Fermeture partielle des parois en 3 plans.

Pièce : La pièce est dessinée, elle montre le col énorme envahi dans sa totalité mais sa surface est relativement régulière et lisse.

A la coupe on voit la muqueuse blanchâtre, épaissie, mais ne dépassant pas en profondeur 5 à 6 millimètres ; le reste du col est épaissi mais sans lésion apparente de tuberculose.

Examen histologique : il y a ici envahissement régulier

de la muqueuse cervicale sur une épaisseur de 3 à 4 mm. et sur une longueur d'au moins trois centimètres.

A une extrémité, l'épithélium pavimenteux présente des aspects de régénération hypertrophique envahissant les glandes sur toute la longueur du canal excréteur et pénétrant même dans l'intérieur du lobule.

A la surface existe une ulcération revêtue d'une fausse membrane fibrineuse, cette fausse membrane se continue en certains points avec des zones de nécrose superficielle.

Au-dessous, on constate une zone d'inflammation diffuse, dans laquelle se trouvent des cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes et de lymphocytes. Les follicules sont souvent fusionnés. Ils s'individualisent davantage vers la partie profonde du chorion.

L'inflammation s'étend à toute l'épaisseur du col, le plus souvent sous forme de nodules inflammatoires simples, mais aussi sous forme d'infiltration disséminée.

Certains de ces nodules inflammatoires sont très volumineux. La couronne de lymphocytes est grêle, mais l'amas central, beaucoup plus important, est composé de macrophages serrés, tous au même degré d'évolution. A la périphérie de la lésion, beaucoup de ces nodules sont juxta-glandulaires, refoulant l'épithélium et faisant saillie dans l'intérieur de la glande. Le plus volumineux de ces amas entourait un rameau nerveux.

Les éléments inflammatoires comprennent outre les lymphocytes, de nombreux plasmocytes et des polynucléaires, surtout en surface.

Au niveau de la lésion même les glandes ont à peu près totalement disparu. On les rencontre avec les stades d'in-

flammation signalés plus haut à la périphérie de la lésion et sur toute la hauteur de la muqueuse endo-cervicale, donnant l'aspect d'une métrite chronique.

Le tissu conjonctif est très réduit au niveau de la lésion même. Dans la profondeur, il présente des lésions d'œdème, des plaques de dégénérescence hyaline, et bandes de sclérose péri-vasculaire très marquée.

Les lymphatiques sont souvent dilatés, et certains très enflammés.

Il était hypertrophié, mesurant près de 2 cm. de long sur 1 cm. de large. La structure normale était conservée dans la zone centrale mais la portion centrale avait commencé à subir la transformation caséeuse. A la périphérie, zone de nécrose, existaient des cellules épithélioïdes et quelques très rares cellules géantes.

En résumé, vaste infiltration de la muqueuse par des follicules tuberculeux agminés

Ulcération superficielle avec début de nécrose, disparition de glandes.

Inflammation surtout nodulaire du col dans toute son étendue, avec œdème et hypertrophie consécutive.

Ganglions : envahis.

Suites opératoires : favorables. Les pinces sont enlevées le 2e jour, les mèches le 3e et 5e. Lavages du sac le 6e jour et suivants. On enlève le sac du Mikulicz le 10e jour. On coupe les crins le 11e jour.

Le traitement spécifique est commencé le 18e jour: cyanure de mercure intra-veineux ; celui-ci est mal toléré et remplacé par le Rhodarsan.

La cicatrisation se fait normalement et est obtenue le 37e jour.

Résumé : tuberculose végétante du col, simulant un cancer sur adénome diffus du col.

Salpingites doubles. Hystérectomie totale. Guérison.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Douay.)

Tuberculose endocervicale à la fois ulcéreuse et végétante.

Mme J.... 38 ans, deux enfants (le plus jeune est actuellement âgé de 10 ans) vient consulter pour des pertes blanches avec très peu de sang entre les règles. Les règles sont peu abondantes, sans douleurs. Elle a été soignée à plusieurs reprises pour métrite du col, elle garde toujours malgré les soins un peu de pertes blanches, c'est seulement depuis quelques mois qu'elle présente quelques filets de sang dans les pertes blanches.

Elle a fait un séjour de 4 mois aux colonies (Afrique Centrale), elle souffre depuis longtemps d'une dilatation de l'estomac avec ptose intestinale, elle a beaucoup maigri depuis quelques années (pèse 51 kilos), elle tousse peu.

En 1929 fait un séjour à Châtel-Guyon sur le conseil du Dr Siredey.

Examen le 31 mars 1930 : 1° Troubles digestifs, avec langue sale, haleine fétide consécutifs à une dilatation stomacale évidente, avec clapotage intense.

2° L'examen gynécologique montre un utérus gros, avec annexites anciennes ; point appendiculaire. Le col est gros,

dur et légèrement entr'ouvert ; au spéculum, il paraît atteint de métrite avec une végétation rouge dans le canal cervical un peu irrégulière qui apparaît comme un polype, il saigne un peu par contact ce qui explique les pertes blanches avec filets de sang.

Ce polype est enlevé immédiatement, mais son ablation n'est pas facile, il ne se laisse pas enlever par torsion, car son implantation est large, il fait dilater d'avantage l'orifice externe du col et on fait l'ablation avec la pince coupante (de Ruault). Ce polype est épais, charnu et ressemble à un polype adénomateux.

L'examen du Laboratoire est absolument affirmatif. *Il s'agit d'une lésion tuberculeuse.*

La malade est revue le 7 avril, afin de mieux étudier ce cas très spécial de tuberculose cervicale.

2e *examen :* Le col est toujours gros et béant, saignant dans sa cavité ; il s'agit manifestement d'une lésion tuberculeuse étendue, à la cavité cervicale on ne voit plus de végétation, mais plutôt des surfaces ulcérées endocervicales. Toute la portion vaginale du col ne présente aucune ulcération ni lésion suspecte, elle est un peu rouge.

On cherche d'autres lésions tuberculeuses et on fait un examen complet de la malade.

L'utérus est gros et sensible, les annexes sont manifestement malades surtout le droit. La région appendiculaire est également résistante et douloureuse à la palpation. Tout le ventre est ballonné avec parois flasque, l'intestin est distendu et l'estomac dilaté et clapotant.

Examen radiologique : Poumons : Pleurite des sommets sans lésions des poumons.

Estomac : Dilatation considérable, mais avec bonne évacuation ; très peu de ptose, bonne évacuation intestinale.

Point appendiculaire net.

Examens de laboratoire (Expectoration, matières, urines) ne permettent de déceler aucune autre lésion tuberculeuse.

Opération le 2 mai : Opérateur M. le Dr Douay.

Anesthésie générale au mélange Schleich (très bien tolérée).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Adhérences multiples dans le pelvis et autour du cæcum et de l'appendice.

1° Ablation de l'appendice, manifestement malade.

2° Hystérectomie totale : la libération des annexes très adhérents et kystiques, est difficile. Le reste de l'opération se passe sans incident. Fermeture du vagin et péritonisation avec un drain dans le Douglas.

Pièce : Les lésions annexielles et les adhérences péritonéales ne révèlent aucune granulation ni aucune lésion tuberculeuse apparente.

L'utérus ouvert en avant montre une lésion ulcéreuse de la cavité cervicale faisant presque le tour de la cavité. C'est une ulcération pâle, à bords déchiquetés, s'arrêtant exactement en bas à l'orifice externe et remontant en haut jusqu'à mi-hauteur de la cavité cervicale. L'ulcération est divisée en deux, un éperon saillant sur lequel était implanté le polype enlevé précédemment. Les lésions sont peu étendues en profondeur : 3 à 4 mm.

Examen histologique : La réponse de M. le Dr Bulliard est la suivante :

A l'examen, la lésion encore peu développée siège dans la région endocervicale, à la partie superficielle du chorion.

Les follicules, fort nets, comprennent les éléments caractéristiques et sont coalescents à leur périphérie.

A leur niveau les glandes sont très réduites ; l'épithélium de revêtement prismatique, est interrompu au niveau des follicules superficiels, d'où, début d'ulcération.

Adjacent à la lésion et la surmontant partiellement, se trouve un petit adénome saillant, de type papillaire. La disposition en est assez irrégulière, il y a en effet fusion aux points de contact des replis de la muqueuse. Dans une de ces papilles, on voit une cellule géante bien développée.

Cet adénome est infecté et la secrétion muqueuse peu abondante ; les cellules étant devenues cubiques et ayant perdu en grande partie leurs caractères secrétoires.

A la base de l'adénome, du côté sain existe un bourgeon épidermique de cicatrisation, formé par l'épithélium vaginal, comme c'est la règle. Ce bourgeon volumineux se trouve situé en profondeur dans une grande partie de son trajet ; on doit regarder cette prolifération anormale comme un stade précancéreux.

Une autre particularité est fournie par quelques culs de-sac glandulaires situés à la périphérie. Les cellules y ont perdu leurs caractères glandulaires, mais en outre elles se sont hypertrophiées considérablement, aussi leur nombre est beaucoup moins considérable que dans un tube normal. Les noyaux occupent la base de la cellule, le protosplama est formé uniformément. Il persiste parfois encore une trace de mucus dans la lumière de la glande.

A la limite de la lésion, le chorion présente une légère réaction fibreuse.

Les vaisseaux lymphatiques sont dilatés.

Un kyste situé vers l'extrémité de la trompe, mesurait environ un centimètre de diamètre. Son contenu était entièrement caséeux.

En résumé, tuberculose de la muqueuse cervicale au début, avec ulcération microscopique.

Adénome papillaire contigu, enflammé.

Atrophie et métaplasie des glandes cervicales.

Régénération hypertrophique de l'épithélium au contact de l'adénome.

La recherche des bacilles dans les trois fragments du col, le ganglion et le kyste, s'est montrée négative.

En résumé, la tuberculose siège plutôt dans la région endocervicale du col et de façon plus précise à la limite des épithélium prismatique et de l'épithélium pavimenteux.

Suites : Très favorables, sans fièvre, le drain est enlevé après 48 heures, l'évacuation des gaz est retardée et assez pénible ; puis, tout se passe sans difficulté.

Résumé : Tuberculose endocervicale à la fois ulcéreuse et végétante (polype).

Hystérectomie totale qui montre des lésions de péritonite adhésive chronique. Guérison.

OBSERVATION IV (inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Bonnet).

Mme D..., 40 ans, vient nous consulter pour des douleurs pelviennes et lombaires et parce qu'elle présente des petites pertes sanguinolentes après les rapports.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et col-

latéraux. A 15 ans, elle présenta plusieurs abcès froids fistulisés au niveau de la région sus-claviculaire droite.

Réglée à 12 ans, mariée à 25 ans ; aucune grossesse.

Depuis 5 à 6 ans, cette malade présente de la leucorrhée, d'apparence banale et sans caractère particulier. Depuis 3 ans environ, elle se plaint de douleurs pelviennes et lombaires surtout à l'époque de ses règles. C'est à peu près à la même époque que la malade commence à avoir de petites pertes sanglantes après les rapports ; ces pertes de sang complètement rouge, sont toujours peu abondantes. Les douleurs et les pertes ont sensiblement augmenté depuis quelques mois. Depuis près d'un an, la malade constate également que ses règles ont tendance à diminuer et qu'elle ressent quelques bouffées de chaleur.

L'état général est assez bon, malgré un léger amaigrissement.

Au toucher vaginal, on sent un col très augmenté de volume, irrégulier, mou, bourgeonnant, avec un orifice cervical mal perceptible ; ce col est mobile. Le corps, de volume normal, est en antéflexion. Dans le cul-de-sac gauche, on constate l'existence d'une masse du volume d'une petite orange, fixée et légèrement douloureuse à la pression.

Au spéculum, on trouve un gros col très rouge, avec de petits mamelons irréguliers, très rapprochés et mous.

Nous pensons qu'il s'agit *d'un cancer du col,* et nous pratiquons immédiatement une biopsie. Le fragment prélevé est examiné par le Dr Caïn, à l'hôpital Saint-Antoine, qui nous répond : *tuberculose typique avec follicules à cellules géantes.*

En examinant à nouveau la malade, on constate qu'il

n'existe pas de lésions tuberculeuses en dehors des cicatrices d'abcès froids de la région sus claviculaire droite et qui n'ont jamais présenté de poussées évolutives depuis l'âge de 15 ans. Le mari de notre malade paraît également indemne.

Nous opérons cette malade le 14 février. Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous ombilicale. Le ventre ouvert, on constate qu'il n'existe pas de lésion tuberculeuse apparente du péritoine ou de l'intestin. La masse ovarienne gauche, perçue à l'examen, d'aspect kystique, est adhérente à l'épiploon. Résection de la partie adjacente de l'épiploon, qui paraît normal au-dessus. On termine par une hystérectomie totale. Drainage vaginal. Surjet colo-vésical. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : L'évacuation d'un petit hématome de la paroi et la prolongation d'un écoulement par le vagin retarde un peu le départ de la malade, qui a lieu le 19 mars.

Au mois de juin, nous revoyons la malade qui est en très bonne santé.

Examen histologique : Les lésions siègent : dans toute la hauteur du canal cervical ; au niveau du museau de tanche.

1° *Dans tout le canal cervical*, il existe un adénome diffus caractérisé surtout par un élargissement des glandes.

Vers l'orifice externe du col, les glandes ont gardé la disposition acineuse, tandis que la partie haute du col, c'est la dilatation qui domine. Là des glandes s'ouvrent largement et à plein canal dans la cavité cervicale. Les glandes dilatées sont tapissées par un épithélium peu élevé et replié d'un coagulum albumineux.

Les follicules tuberculeux forment des amas dans l'épaisseur même des cloisons de l'adénome, qu'ils modifient à leur contact, et à ce niveau l'épithélium est infiltré par les leucocytes.

A la partie moyenne du canal cervical se trouve une agglomération de follicules seulement pénétrant dans la partie superficielle du muscle.

2° Au niveau de la lèvre externe du col, existe une large ulcération, à l'extrémité de laquelle se trouve l'épithélium vaginal aminci. Le fond de l'ulcération est occupé par les follicules tuberculeux sur plusieurs couches.

Les follicules sont partout complets et pourvus de grandes cellules géantes.

Le corps utérin est normal.

Tuberculose du col simulant un cancer.

OBSERVATION V

(Cornil, *Journal des sciences médicales*, 1888.)

In thèse de H. Chroll

Chez une malade de Péan le diagnostic clinique d'une lésion du col de l'utérus était resté douteux.

L'aspect du col hypertrophié, induré, hérissé de végétations irrégulières, baigné d'un liquide muqueux, épais, jaunâtre, granuleux, faisait *redouter un cancer*. Péan avait fait l'extirpation totale de l'utérus.

L'examen de la pièce montre les « plis de l'arbre de vie » très accusés, agglutinés, par un liquide collant parsemé de grumeaux opaques.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col limité à cette partie de l'organe.

OBSERVATION VI (résumée)

(Moore, *Sargery, Gyn. a Obstet.* July, 1919, d'après la thèse de H. Croll.

S..., âgée de 27 ans. Pas de grossesse. Bonne santé. Règles normales. Petite hémorragie par la vulve qui se répète régulièrement après coït. Pas de douleur. Examen : col mollasse, empaté, un peu élargi, laissant pénétrer le doigt. Sur la lèvre postérieure on sent, un nodule qui saigne ; au spéculum il est rouge avec une ulcération à sa partie postérieure. Annexes saines. Diagnostic : *Epithélioma*. Examen biopsique : tuberculose.

OBSERVATION VII

(Ritter Von Hanschka, *Viener Klinsche Wochens*, 1901, *Revue de Gyn.* 1901). *In* thèse de Lannes-Dehorre

Malade de 28 ans. Pertes blanches pour lesquelles un médecin propose un curettage, mais à peine l'hystéromètre avait-il franchi le col, qu'il sortit de l'utérus une grande quantité de pus caséeux.

Le médecin crut *à un cancer* et envoya la malade à l'hôpital. Là, un nouveau curettage permit d'extraire des masses que le microscope révèle de nature tuberculeuse.

Hystérectomie totale. Péritoine et intestin sain.

Examen de la pièce : Muqueuse utérine infiltrée de follicules tuberculeux. Trompes envahies. Les ovaires présen-

tent une dégénérescence folliculaire, mais sont plutôt sains.

Il existait au niveau du col *de nombreuses végétations rappelant celles du cancer.*

L'hystérectomie guérit la malade.

OBSERVATION VIII

(Meyer, *Arch. für Gyn.*, 1894). *In* thèse Lannes-Dehorre).

Il s'agit d'une malade de 30 ans, soignée quelques années avant pour lupus. Elle vient consulter pour des métrorrhagies, et à l'examen on trouva le col augmenté de volume, induré, rouge. Songeant à la possibilité d'*un cancer*, on préleva un fragment pour l'examen histologique et le microscope révéla la présence de cellules géantes.

OBSERVATION IX

(Hofbauer, *Archives für Gynecologie*, 1898)
In thèse de Lannes-Dehorre.

Femme de 57 ans. Pas d'antécédents tuberculeux. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Ménopause depuis trois ans. Neuf accouchements normaux. Depuis un an, pertes blanc-jaunâtre, parfois sanguinolentes. Perte de l'appétit amaigrissement.

Examen : rien au cœur ni aux poumons.

Au toucher, on sent au niveau de l'orifice du col, une tumeur molle, saignant facilement, avec envahissement du vagin. Rien aux annexes.

On fait le diagnostic *de néoplasme du col* et on pratique

l'hystérectomie vaginale. Surface utérine irrégulière avec tubercules miliaires sur la muqueuse.

Microscopiquement, on constate une infiltration tuberculeuse. Par place, on remarque des cellules géantes. Les mêmes lésions sont notées au niveau du col.

OBSERVATION X (Résumée)

(Cayla, Thèse de Bordeaux, 1912.)

X..., 26 ans. Vient consulter pour pertes de sang qui durent depuis 4 ans. Réglée pour la première fois à 19 ans. Toujours très irrégulièrement. Elle perd par caillots. Leucorrhée intermittente assez marquée.

Il y a 4 ans, elle a eu de petites hémorragies survenant après coït, une promenade en voiture. Après un séjour à Pau les hémorragies cessent, mais les pertes blanches sont plus abondantes. De retour à Bordeaux elle perd du sang après le coït. Elle est très amaigrie.

Examen : Palpation du ventre négative. L'utérus et les annexes sont mobiles et paraissent sains. Le col présente une ulcération qui se prolonge vers les culs-de-sac vaginaux. *L'ulcération est irrégulière, de coloration rouge et rappelle un épithélioma, à la dureté près.*

Biopsie : Le docteur Pierre Nadal constata l'existence d un grand nombre de follicules tuberculeux très nets, quelques-uns isolés, mais le plus grand nombre très confluants avec d'innombrables cellules géantes.

Traitement : Curettage de l'ulcération, thermo-cautérisation et héliothérapie. Augmentation de poids. La malade se sent très améliorée.

OBSERVATION XI (Résumée).

VINEBERG (*American Journal of Obstetrics*, 1908)
In thèse de H. CHROLI.

Il s'agit d'une malade de 25 ans dont les antécédents héréditaires sont bons. Dans les antécédents personnels on note une leucorrhée profuse. La malade est de petite taille, au-dessous de la moyenne. L'intelligence paraît au-dessous de la normale.

L'hymen est intact, mais les grandes lèvres sont très développées. Le clitoris est long. Cependant la malade n'avoue pas la masturbation.

Au toucher le col est velouté, le corps petit en antéflexion. L'examen au spéculum montre la portion vaginale du col couverte de *végétations vascularisées*.

On pense *à un épithélioma* et on se décide à l'intervention. Pendant l'opération des doutes vinrent sur la nature des végétations. On dilate alors le col et on fit un curettage. Le corps et les annexes trouvés indemnes de toute lésion furent laissés en place et on pratique seulement l'amputation de la portion vaginale du col. La pièce fut examinée. On se trouve en face de lésions tuberculeuses typiques. Il n'y eut pas de récidive.

OBSERVATION XII (résumée)

(Frankel, *Jahrbücher der Hambuger Startskremkl* 1893-1894). *In* thèse de Chaton (D'après la thèse Lannes-Dehorre).

Rapporte un cas de tuberculose du col chez une femme morte de mal de Pott. La muqueuse de la cavité cervicale était couverte de masses bourgeonnantes qui s'étendaient en envahissant le museau de tanche. Le vagin était intact. L'aspect était tout à fait celui *d'un néoplasme en chou-fleur.*

L'examen histologique révéla une tuberculose certaine. Il avait intégrité de l'utérus avec lésions très avancées des trompes.

OBSERVATION XIII (résumée)

(Emmanuel, *Zeitschrift fur Geb. und Gyn.*, 1893).
In thèse de Lannes-Dehorre.

Femme de 50 ans, présentant en même temps qu'une ulcération périnéale, une tumeur du col du volume d'une pomme avec envahissement du vagin.

On aurait pu, d'après l'aspect du col *croire à une production néoplasique.* L'examen histologique en révèle la nature tuberculeuse.

Laparotomie avec ablation de l'utérus et des annexes.

La malade succombe. A l'autopsie, intégrité des poumons, tuberculose miliaire du foie, de la rate, du péritoine. Cavité utérine remplie de masses caséeuses. Trompes absolument indemnes. Augmentation considérable du col et envahissement du vagin.

OBSERVATION XIV

(Obs. de Richelot, d'après Petit-Dutaillis, *La gynécologie*, 1913).

Tuberculose interstitielle de la portion vaginale du col, prise d'abord par une métrite, puis par un cancer, après par une métrite.

Cette observation, des plus intéressantes, est appuyée sur un examen histologique très détaillé de Cornil que je conseille de lire en entier. Je ne prendrai que l'essentiel de la partie clinique.

L'odyssée de la malade durait depuis deux ans. En janvier 1904 elle va consulter le Dr A. S... médecin des hôpitaux, qui croit *à une métrite* et fait deux cautérisations au Filhos ; mais, après la seconde, il trouve le col en tel état qu'il croit *à une tumeur maligne*, appelle à lui la sœur de la malade, lui fait part de ses craintes et conclut à une intervention radicale. Mme X... entre donc à Saint-Antoine où le Pr B... l'examine et met en doute le cancer : un fragment prélevé, mais présente à l'examen histologique *que des lésions inflammatoires.*

Nos collègues S... et B... suspendent donc leur jugement. La malade prend ensuite l'avis du Dr Labadie-Lagrave qui conclut *à une métrite simple* et de Cazin qui opine dans le même sens et pratique un curettage. Aucun résultat, comme de juste. Enfin elle arrive entre les mains de M. Richelot.

Celui-ci constate qu'au toucher le col donne l'impression *d'un ectropion mollasse, à surface mamelonnée. Pas d'indu-*

ration ligneuse. Lèvres très tuméfiées. La femme est nullipare et pourtant il y a une apparence d'éversion. A un moment donné, l'auteur nous parle de surface ulcérée infractueuse, mais un moment après, il se reprend et, semblant mieux voir, nous affirme que le col n'est « ni ulcéré, ni ouvert, ni déchiré, mais simplement érodé, muco-purulent et fermé... Jamais une métrite ajoute-t-il « n'a pris cette forme et surtout sur un canal de nullipare. C'est pour n'avoir pas entrevu cette objection que mes collègues n'ont pas poussé plus loin leur recherche et n'ont pas songé à la tuberculose. Mais le plus curieux c'est que moi-même, ayant fait cette remarque et ne pouvant me contenter *ni du cancer ni de la métrite*, je n'y ai pas songé davantage ».

Quoi qu'il en soit, la biopsie ayant levé tous les doutes, je pratique l'hystérectomie. Et certes si j'avais cru antérieurement à *un épithélioma*, ce n'est pas au cours de l'opération que j'aurais perdu mes illusions. Le col, attiré par la pince, avait l'aspect et la couleur *du plus vilain néoplasme* ; il se déchirait sous les tractions et il me fallut pour en arriver à mes fins toute la douceur et la prudence que réclament en pareille situation, les cancers un peu trop avancés.

Il faut conclure en somme qu'il faut penser à la tuberculose quand on se trouve en présence d'un col utérin qui, au toucher vaginal et par sa consistance, donne l'idée d'une métrite simple et éloigne celle d'un épithélioma, mais qui vu au speculum, ne montre pas les signes ordinaires de la métrite ou ressemble nettement au cancer.

OBSERVATION XV

(Pollosson, *Lyon Chirurgical*, 1913)

« X..., âgée de 38 ans, vient consulter pour une petite ulcération du col. Elle est renvoyée avec une note portant ceci : « Ulcération que je ne crois pas épithéliomateuse. La malade, au lieu de venir au bout de 2 mois, comme il lui avait été dit, revient au bout de 15 mois ».

J'étais épouvanté en faisant le toucher vaginal : *une ulcération indurée* présentant tous les caractères *du cancer ulcéreux du col* qui aurait rongé tout le col jusqu'à la zone de l'insertion vaginale. La malade fut opérée d'urgence. L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'une tuberculose.

OBSERVATION XVI

(Pollosson et Violet, *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1906).

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée à la clinique le 8 février 1904. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle s'est mariée à 20 ans, mais n'a pas d'enfants. Réglée à 12 ans, elle l'a été depuis très régulièrement. Mari bien portant.

L'affection actuelle a débuté par des pertes blanc-jaunâtre accompagnées de fièvre et d'amaigrissement.

Au premier examen on porte le diagnostic *de néoplasme* inopérable.

On trouve au toucher un col bourgeonnant, recouvert d'une tumeur étalée que l'ongle entame et fait saigner.

L'utérus est peu mobile. A gauche le ligament large est infiltré.

On procède à un nouvel examen et le diagnostic de néo paraît douteux.

L'ulcération semble moins friable qu'au premier examen : elle ne repose pas sur une base indurée. La mobilité et la souplesse de la muqueuse cervicale paraissent conservées.

On fait l'excision de la lèvre antérieure du col.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose du col, avec infiltration tuberculeuse intense, nodules tuberculeux, cellules géantes.

Pensant à une propagation à l'utérus et aux annexes on fit une hystérectomie totale.

Examen des pièces : Rien à l'examen ne permet de déce ler au niveau du corps utérin des lésions tuberculeuses.

Dans les trompes 2 ou 3 nodules caséeux. Les ovaires sont macroscopiquement sains.

A la coupe on trouve entre les glandes du corps des cellules géantes.

Forme miliaire de la tuberculose du col de l'utérus.

OBSERVATION XVII

(Reclus in thèse Daurios, 1889).

D'après la thèse de Chaton.

Femme âgée de 30 ans, entre pour fistule anale dans le service de Richet.

Présentait un écoulement leucorrhéique. Aspect pâle, gué-

rison lente de fistule, fait songer à la nature tuberculeuse de la fistule.

Au spéculum : la muqueuse de la portion vaginale du col est envahie par une véritable éruption, le col est un peu gros, non turgescent, parsemé de petites granulations plates la plupart transparentes. On porte le diagnostic probable *de tuberculose primitive du col.* Reclus touche les granulations au therme et badigeonne le col à la teinture d'iode. Au 6e jour, la guérison est complète.

OBSERVATION XVIII

(Laboulbene, *Eléments d'anatomie path.*, 1879).

In thèse de Lannes-Dehorre

D'après la thèse de Chaton.

Femme de 28 ans, entre à diverses reprises à l'hôpital Wecher pour une ulcération du col utérin rebelle à tous les traitements. Elle meurt de phtisie.

On constate sur le col de petits points jaunâtres et grisâtres entourés d'une partie exulcérée, mais sans perte de substance, ni érosion considérable. On acquiert la conviction que ce sont des granulations tuberculeuses.

Au microscope, ces granulations se montraient formées de cellules peu régulières, sans noyaux apparents, grisâtres.

La muqueuse du corps de l'utérus offrait des granulations analogues. Les poumons étaient manifestement tuberculeux avec des granulations grises et des cavernes.

Forme catarrhale de la tuberculose du col de l'utérus.

OBSERVATION XIX

(Schutt, thèse de Kiel, 1889, *Gazette des Hôpitaux*, 1907).

Femme de 33 ans à l'autopsie de laquelle on trouva une tuberculose caséeuse des voies urinaires.

Granulations miliaires récentes sur les méninges, le foie, la rate, la thyroïde, le rein. Emphysème et œdème des poumons. Bacilles de Koch dans le sang artériel. L'utérus gravide renfermait quelques granulations caséeuses.

Le fœtus bien développé présentait seulement de la congestion du cerveau et de la pâleur du foie. Au microscope, après coloration au picro-carmin, on trouve sur le col des glandes très développées dont la lumière était remplie de masses troubles, grisâtres. Leur épithélium détaché par endroits était constitué de cellules peu colorées et mal conservées ; très peu avaient gardé leur aspect normal. Le reste de la muqueuse ne présente nulle part ses caractères habituels ; à sa place, on voyait une rangée de cellules granuleuses dont les noyaux étaient mal colorés et les limites peu distinctes. Dans la tunique sous muqueuse et la musculeuse, autour des vaisseaux, il existait une abondante infiltration de cellules rondes. Nombreux bacilles sur les coupes.

Il s'agissait de lésions muqueuses catarrhales comme le fait remarquer Schütt.

Tuberculose endocervicale

OBSERVATION XX

(Brouha, *Revue de Gynécologie*, 1902.
Tuberculose primitive du canal cervical utérin).
In thèse de H. Chroll.

Mme G..., âgée de 41 ans, entre à la clinique le 9 septembre 1901.

Son premier mari est mort il y a six ans, de tuberculose pulmonaire à l'âge de 36 ans.

Bien réglée depuis l'âge de 16 ans, elle a eu cinq grossesses, qui évolueront normalement, à l'exception d'une seule qui s'interrompit à trois mois.

Il y a 7 ans, elle a été soignée pour une pelvi-péritonite et en mai dernier a un curettage pour métrite hémorragique.

Les dernières règles datent de 2 mois. Depuis lors des pertes blanches. Malaise général, avec douleurs dans la fosse iliaque gauche. L'exploration des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal.

A l'examen on trouve un corps utérin normal, en antéversion, sensible à la pression. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés et douloureux.

L'examen au spéculum montre que la lèvre postérieure du col, dont l'orifice est une large fente transversale, est saine.

Sur la partie droite de la lèvre antérieure on remarque une ulcération arrondie dont le fond est rouge.

La partie moyenne de cette lèvre antérieure présente une série de petites ulcérations qui donnent au tissu un aspect vermoulu.

On fait une biopsie, qui révèle une infiltration tuberculeuse typique avec présence de bacilles de Koch et quelques jours après une hystérectomie.

Examen de la pièce : Corps utérin normal avec une muqueuse hyperémiée et épaissie.

Dans le canal cervical, à 45 millimètres de l'orifiée externe on note une perte de substance en entonnoir dont le sommet s'enfonce perpendiculairement dans l'épaisseur de la paroi du col et dont la base répond à la surface du canal cervical. Les annexes sont recouvertes de dépôts pseudo-membraneux.

Examen histologique : Au pourtour de la muqueuse ulcérée on constate que le tissu fibreux du col est remplacé par un tissu qui offre tous les caractères de l'infiltration inflammatoire chronique.

La substance fondamentale a presque entièrement disparu et on se trouve en face de deux sortes de cellules.

Les éléments d'une première espèce sont de véritables nodules de cellules épithéloïdes entre lesquels on trouve de très nombreuses petites cellules inflammatoires typiques.

En ce qui concerne la muqueuse cervicale, on peut dire que les lésions sont d'autant plus prononcées qu'on envisage un endroit plus voisin de l'ulcération.

L'hypertrophie de cette muqueuse porte à la fois sur le stroma conjonctif et sur les glandes.

Celles-ci sont hypertrophiées et hyperplasiées.

La muqueuse du corps et les annexes sont indemnes de lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XXI (résumée)

Mossler, d'après Zeigbaum, *Berlinier Klinische Wochenschrift*, 1888). *In* thèse de Chaton.

3 ans. Tuberculose du museau de tanche et de la portion supra-vaginale du col. Ulcération profonde de la cavité cervicale. Muqueuse utérine atteinte de dégénérescence caséeuse. Dégénérescence caséeuse dela muqueuse destrompes. Poumons,péritoineet intestins tuberculeux. Masse tuberculeuse dans le Douglas.

OBSERVATION XXII (résumée)

Weigert *Archives de Wirchow*, 1876).
In thèse de Chaton.

Servante, âgée de 61 ans. Tuberculose ancienne manifeste des sommets, tuberculose péritonéale miliaire. Epiploon tuberculeux.

Dans les culs-de-sac vagineaux, antérieur et postérieur, ulcérations multiples un peu différentes.

En arrière, ulcération à pic de la grosseur d'une lentille, accompagnée de granulations miliaires présentent en leur milieu un point blanchâtre.

En avant, larges ulcérations serpigineuses à pic, fond caséeux.

En outre, ulcération tuberculose siégeant sur le canal cervical et débordant légèrement sur l'orifice externe.

Ultérus normal et petit.

OBSERVATION XXIII

(Nanard, thèse de Paris, 1892).

Malade de 64 ans, entrée à Saint-Antoine, dans le service de Montard-Martin, avec signes de tuberculose pulmonaire, avancée, diarrhée ventre douloureux et empaté. Succombe à l'épuisement 15 jours après son entrée.

Autopsie : Outre les lésions tuberculeuses des poumons et de l'intestin, on trouve une péritonite tuberculeuse typique. Les trompes sont malades, utérus petit, remplit d'un magma blanchâtre, cailleboté, demi liquide avec muqueuse ulcérée. La cavité du col est très malade, altérée et l'ulcération de la muqueuse cervicale a gagné la partie antérieure de l'orifice externe du col.

L'examen microscopique de quelques lambeaux de la muqueuse cervicale démontra la présence de nodules tuberculeux.

OBSERVATION XXIV

(Michaelis, *Beitrag zur Geb. revue Gyn* Bd. III)
In thèse Lannes-Dehorre.

33 ans, nullipare. Mère morte de phtisie. Toujours bien portante. Règles régulières depuis 17 ans ; mais depuis deux mois, elles sont devenues irrégulières, fréquentes, abondantes. Pas de pertes blanches.

Bon état général, poumons sains.

A l'examen l'orifice utérin paraît ulcéré sur une étendue d'une pièce de 10 pfennig et il s'émiette. Les trompes et les

ligaments ne sont pas infiltrés. On fait le diagnostic de cancroide de la portion vaginale du col. Hystérectomie vaginale. Trois ans après l'opération la malade est bien guérie.

Description de la pièce : La muqueuse cervicale est dans toute son étendue, surtout autour du col, recouverte de végétations papillaires touffes. Au microscope, on trouve à la place de l'épithélium pavimenteux un tissu de granulutions tuberculeuses. Les glandes sont hypertrophiées.

Tuberculose interstitielle du col de l'utérus

OBSERVATION XXV

(Chaton, *Tuberculose du col*, Thèse de Paris, 1908).

Mme. J..., âgée de 37 ans, sans antécédents héréditaires. Antécédents personnels : réglée à 15 ans ; règles régulières, peu abondantes. Pas de pertes blanches. Mariée sans enfants. A l'âge de 18 ans bronchite de longue durée, accompagnée de crachements de sang. Mal de Pott à 23 ans. Métrite il y a 10 ans.

L'affection fut traitée ; puis les phénomènes douloureux disparurent, mais les pertes blanches ont persisté. Depuis 3 ans, les règles ont disparu.

La malade entre à l'hôpital en février 1907, avec le diagnostic de prolapsus utérin : le col se présentait à la vulve et la malade éprouve une sensation de gêne très pénible. L'examen montra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie susvaginale du col.

La malade avait un bon état général, mais présentait une adénite cervicale bilatérale. Les ganglions de la nuque sont

gros, durs, mobiles. Il existe une adénite axillaire gauche, et un ganglion gros comme un œuf de pigeon dans la fosse iliaque droite. Les adénites n'ont jamais suppuré.

L'opération est pratiquée par M. le Bec le 1er mars 1907. Après section du col en 2 valves on tombe sur des noyaux blanc-jaunâtres, ayant l'apparence de gommes tuberculeuses. Le produit caséeux est extrait à la curette et aux ciseaux. Le tissu avoisinant est très friable et rend difficile la suture de la muqueuse vaginale à celle de la cavité cervicale. Les jours suivants, on dut extraire à plusieurs reprises au cours des pansements, des fragments de produits caséeux jaunâtres, apparaissant dans les intervalles de la suture qui n'avait pu être rigoureusement exacte. Au cours d'un de ces pansements on recueillait le liquide qui s'écoulait de la plaie utérine on l'inocule au cobaye. La malade sortit le 20 mars 1907 ne présentant plus aucun trouble fonctionnel.

Revue le 15 juillet : le col est ouvert en 2 valves ; sur chacune d'elles existent quelques érosions, du côté droit quelques granulations jaunâtres. Au toucher le corps utérin est gros et les annexes sont volumineuses. Localement la malade ne ressent aucun trouble.

L'examen histologique : fut pratiqué par M. Lorrain : les coupes pratiquées dans les régions caséifiées montrent : des fiibres musculaires, puis une zone formée de cellules embryonnaires, enfin une portion complètement nécrosée. Les cellules embryonnaires tendent par place à former des nodules arrondis dans lesquels on peut voir quelques cellules géantes.

Des coupes ont été aussi pratiquées dans une portion avoisinant la cavité cervicale ; sur ces coupes on trouve 2 por-

tions distinctes : d'une part des glandes dilatées et ramifiées (adénome) d'autre part un tissu inflammatoire formé de cellules embryonnaires et de tissu nécrosé.

On voit également en plein tissu musculaire, plusieurs nodules embryonnaires : dans l'un d'eux, 2 cellules géantes. La recherche du bacille de Koch a été négative.

Le liquide recueilli dans la plaie utérine a été inoculé au cobaye et le tuberculisa.

En résumé il s'agissait d'une tuberculose du col de l'utérus accompagnée d'une hypertrophie cervicale telle que la gêne qui en résultait était le symptôme principal présenté par la malade.

Cette forme hypertrophique avec lésions interstitielles et intégrité apparente de la muqueuse vaginale du col, n'entre pas dans le cadre classique de Pozzi.

OBSERVATION XXVI

(Daniel et Babes, Société de Gynécologie de Bucarest, 1924. *Métrite interstitielle hypertrophique.*)

X..., 50 ans. Ménopause depuis 3 ans. Depuis un an et demi la malade se plaint de douleurs dans l'hypogastre, les fosses iliaques et des pertes muco-purulentes, fétides, abondantes, ainsi que des pertes de sang.

Examen. — Le col utérin est hypertrophié. La biopsie ne montre pas de lésions carcinomateuses.

L'utérus, augmenté de volume, présente dans la cavité corporelle une tumeur de la dimension d'une petite pomme, implantée sur la paroi postérieure et occupant toute la cavité de l'organe. Au niveau de cette tumeur la mu-

queuse est irrégulière, et présente des végétations.

En sectionnant la pièce on voit la muqueuse épaissie à l'intérieur et surtout dans la musculeuse on constate une série de petites cavités de la dimension d'un petit grain de mil jusqu'à celle d'un grain de chanvre, remplies d'un pus jaunâtre, verdâtre, bien lié.

Dans la musculeuse on reconnaît en outre un grand nombre de vaisseaux épaissis.

L'examen microscopique montre la nature tuberculeuse de la tumeur.

Forme inflammatoire de la tuberculose du col de l'utérus.

OBSERVATION XXVII

COTTE (*Gazette des hôpitaux*, 1907).

L..., 23 ans, entre à l'hôpital pour d'abondantes pertes de sang. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents personnels. Réglée à 14 ans.

Les règles ont été très régulières mais douloureuses. Pertes blanches en dehors des époques depuis l'établissement de la menstruation.

L'affection actuelle a débuté en novembre 1906. Deux mois auparavant la malade a eu des rapports sexuels avec un sujet bien portant, qui ne paraissait pas atteint de bacillose.

A partir de novembre 1906 la malade a eu, dans l'intervalle des règles, d'abondantes hémorragies qui l'obligèrent à garder le lit. Deux mois après l'arrêt de son travail, elle se décide à entrer à l'hôpital.

C'est une malade très anémiée, au teint très pâle, dont l'examen somatique ne révèle rien de particulier.

A l'examen. — Le col est hypèrtrophié, dur ; sa muqueuse est épaissie, infiltrée. Sur ses lèvres il existe un ectropion très marqué.

L'utérus est augmenté de volume, mais mobile. Les annexes sont volumineuses et empâtées. Ces lésions donnent l'impression d'une bacillose utéro-annexielle.

Au spéculum on trouve un col sans ulcération.

Dès l'entrée à l'hôpital l'état de la malade fut un peu amélioré. On se décida à faire une excision partielle du col pour déterminer la nature de cette inflammation.

Le professeur agrégé Paviot, qui fit l'examen histologique de la pièce, en donnait le résultat suivant :

« La pièce appartient au col utérin, dont la partie recouverte par l'épithélium ectodermique du vagin et les glandes sont parfaitement reconnaissables. Ces glandes sont hypertrophiées et devenues sinueuses ; elles sont hyperplasiées et ont pris un épithélium cylindrique très élevé. Le reste du col est sclérosé. Sous la muqueuse, le derme sous-muqueux, le tissu périglandulaire sont très hyperplasiés. Mais sur aucune coupe, il n'est possible de rencontrer de formations histologiques tuberculeuses. Par contre le séro-diagnostic fait au même moment a été nettement positif. »

La malade a été envoyée à la campagne. Depuis elle n'a pas eu de métrorragies et a pu reprendre son travail.

Il s'agissait donc d'une malade exempte de toute gonococcie, présentant depuis 4 mois d'abondantes métrorragies, liées à des lésions utéro-annexielles que, dès le premier examen, on n'hésite pas à qualifier de lésions tuberculeuses.

Pour les lésions du col, que seules on a pu étudier au microscope, on n'a trouvé que des altérations banales ; mais le séro-diagnostic a été nettement positif.

Nous n'hésitons pas à décrire les lésions du col comme un cas de métrite cervicale, hypertrophique, de nature tuberculeuse.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose du col de l'utérus est une des localisations les plus rares de la tuberculose génitale. On la méconnaît assez souvent ; beaucoup de tuberculoses du col ont été sans doute prises pour des métrites, mais surtout pour des cancers !

II. La tuberculose du col de l'utérus s'observe à tous les âges, surtout à la période de la vie génitale.

III. Le col peut s'infecter par deux voies différentes : par voie sangine ou par voie vaginale.

IV. La symptomatologie de la tuberculose du col est obscure, malgré quelques signes qui lui sont propres.

V. Le diagnostic clinique de la lésion est des plus délicats étant donné la similitude de la lésion tuberculeuse avec certaines métrites (métrites chroniques, métrites adénomateuses), mais surtout avec le cancer du col. Il faut insister sur les signes propres à chacune des deux lésions ; pour la tuberculose, l'écoulement muqueux au début, puis franchement

purulent, strié de sang plus tard. Les hémorragies de la tuberculose sont moins abondantes et moins fréquentes. L'ulcération tuberculeuse répose sur une base plutôt molle et paraît moins irrégulière.

VI. Pratiquement, le seul moyen de faire un diagnostic ferme est la biopsie ; aussi, en présence d'un col suspect il faut y recourir sans hésitation.

VII. Il est important de faire un diagnostic précoce, pour instituer le seul traitement convenable, le traitement chirurgical.

Vu : le Président de la thèse,

J.-L. FAURÉ.

Vu : pour le Doyen,
l'Assesseur,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur
L'Inspecteur de l'Académie

MAURELLET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADENOT. — *Tuberculose primitive de l'utérus.* Gazette hebdomadaire, 11 septembre 1902.

ALESSANDRI. — *Tuberculosi del corpo dell' utéro limitata al miometrio.* Il Policlinico, vol. XVII, octobre. Rome.

ASKANASY. — *La pathogénie de la tuberculose génitale de la femme.* Soc. de Gyn. et d'Obst. de la Suisse Romande, mars 1923.

ASTRIE. — *Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de l'utérus.* Thèse de Lyon, 1914.

ATTILIO ASCAR. — *Tuberculose de l'utérus.* Weiner medizBlaetter, 1903, 1906.

AUDION. — *Tuberculose primitive des organes génitaux chez un enfant de 13 ans.* Gazette hebdomadaire, 1898, p. 217. Paris.

BARTHELÉMY. — *La tuberculose génitale : son diagnostic et son traitement.* Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. Paris, 1924, XII, 7, 541.

BAUMGARTEN. — *Expériences sur l'extension de la tuberculose génitale de la femme au corps de l'utérus.* Berlin. Klinisch Wochenschr., 1924.

BENDER. — *Tuberculose du col de l'utérus.* Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1906-1911.

BENGOLA et POWLOWKY. — *Tuberculose du col de l'utérus.* Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Buenos-Aires, nº 6, 4 août 1926.

BEYEA. — *Tuberculose du col utérin.* XIIIe Congrès Int. de médecine, Section de Gyn., 1900.

BOLE. — *Tuberculose utéro-annexielle développée au cours d'un fibrome.* Gynécologie Helvétique, 1903, p. 99 et Revue de Gynécologie, 1904, p. 373. Paris.

BRAYE. — *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus.* Thèse de Paris, 1901-1902, nº 324.

BROUARDEL. — *De la tuberculose des organes génitaux de la femme.* Thèse de Paris, 1865.

BROUHA. — *Tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus.* Revue de Gyn. et Chirurgie abdominale, 1902.

BUSCARLAT. — *Tuberculose utérine.* Société anatomique de Paris, 1891, p. 72.

CASTANY. — *Tuberculose du col de l'utérus.* Thèse de Montpellier, 1905.

CATHELIN. — *Tuberculose de l'utérus et des annexes.* Revue de Chirurgie. Paris, 1901.

CAYLA. — *Contribution à l'étude de la tuberculose du col et du corps de l'utérus.* Thèse de Bordeaux, 1912.

CHATON. — *Contribution à l'etude de la tuberculose du col de l'utérus.* Thèse de Paris, 1908.

CHEVRIER et DERVAL. — *Tuberculose utéro-annexielle ayant permis une grossesse à terme avec enfant bien portant.* Soc. d'Anat. de Montpellier, 7 juin 1910.

CHROLL. — *A propos de la tuberculose utérine primitive.* Thèse de Paris, 1926.

CORNIL. — *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites et salpingites.* Paris, 1889, p. 91-94.

— Journal de sciences médicales, 1888.

COTTE. — *Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus.* Gazette des hôpitaux, 1907.

CROFT. — *Tuberculose limitée au col utérin.* British Medical Journal, 1902.

CURT JANI. — Ueber des Vorkommen von tuberkelbacillen in Gesunden Genital Apparat bei Lungenschwindsucht. Wirchow's., 1889, Bd. CIII, S. 522.

DANIEL et BABES. — *Considérations sur la tuberculose génitale.* Société de Gyn. de Bucarest, 8 mars 1925.

DANIEL. — *Tuberculose du corps de l'utérus.* Gynécologie et Obstétrique, mars 1925, t. XI, p. 161, 188.

— *La tuberculose du corps de l'utérus.* — La Gynécologie, août 1925, p. 445, 462.

DERVAUX. — *Tuberculose génitale.* Thèse de Lille, 1902.

DERVILLE. — *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale de la femme.* Thèse de Paris, nº 6, 1887.

DICKSON. — *Tuberculisation secondaire d'un myome utérin.* American journal of Obstetrics, 1906.

DOBROKLONSKY. — *L'infection tuberculeuse peut-elle pénétrer*

dans l'organisme par les organes sexuels. Revue de la tuberculose, 1894.

Douay. — Gynecologia, 1928. Gaston Doin et Cie, éditeurs.

Faure (J.-L.). — *De la tuberculose génitale.* Rapport au Congrès de Rome, 1902.

Faure et Siredey. — Traité de Gynécologie médico-chirurgical, 1928.

Fernandez. — *Tuberculose des organes génitaux de la femme.* Paris, 1898-1899.

Fernet. — *L'infection tuberculeuse par la voie génitale.* Bull. et Mem. de la Soc. médicale des Hôpitaux, 1884. Paris.

Finteclus. — *De la tuberculose du col de l'utérus et de son traitement chirurgical.* Thèse de Paris, 1912-1913.

Forgue. — *La question de la tuberculose génitale ascendante.* Paris médical, 17 juin 1926.

Forgue et Massabuau. — Gynécologie, 1927.

Gorowitz. — *De la tuberculose génitale de la femme.* Thèse de Paris, 1899-1900, nº 629.

Gottschalk. — *Tuberculose utéro-annexielle.* Discussion au Congrès Int. d'Obst. et Gyn. de Rome, 1902.

Guolliand. — *Coexistence de la tuberculose avec le cancer.* Thèse de Paris, 1913.

Greenberg. — The Johns Hopkins Hospital Rapports, 1921, XXI, II, p. 97.

Guzzoni. — *Tuberculose caséeuse du corps utérin et de la trompe.* Revista di Obst. et Gyn., 1890.

Hartmann, Bergeret et Remilly. — *Quelques réflexions sur la tuberculose salpingo-ovarienne.* Gyn. et Obst., 1924, Paris.

Hieberg. — *De la tuberculose uro-génitale primitive chez l'homme et chez la femme.* Internationale Beitrage zur Wissenschflichen medicin. Bd. 11, 1891.

Jiam. — *Tuberculose utéro-annexielle.* Revue de chir., 1905, Bucarest.

Julien. — *Tuberculose utérine primitive ascendante.* In A. Routier : Tuberculose des organes génitaux de la femme d'origine ascendante. Thèse de Paris, 1909, p. 42.

Lamprianides. — *Tuberculose utérine.* Schweizerische Rundschad für Medicin., 1921, t. XXI, nº 11, p. 121 et nº 12, p. 136.

LANNES-DEHORRE. — *Contribution à l'étude de la tuberculose du col de l'utérus*. Thèse de Lyon, 1905.

LAEYRE. — *Le traitement de la tuberculose génitale de la femme*. Rapport au Congrès internat. de la tuberculose. Rome, avril 1912.

LENORMAND. — *Tuberculose génitale chez la femme*. Progrès médical, 1909, n° 13, 27 mars, Paris.

LEURET. — *Etude clinique sur les rapports de la péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme*. Thèse de Paris, 1903.

MASS. — *Tuberculose utérine, tubaire et péritonéale*. Archiv. für Gyn., 1896, Bd. 51, p. 359.

MAUCLAIRE. — *Malformation congénitale et tuberculose utérine*. In Alleaume, Thèse de Paris, 1907-1908.

MAURICE REEB. — *Quelques obs. de tuberculose génitale étendue*. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg, 1925.

MÉNÉTRIER. — *Endométrite et salpingite tuberculeuse*. Soc. Anat., 12 juillet 1889, p. 475, Paris.

MICHAELIS. — *Travaux sur la tuberculose de l'utérus*. Beitr. z. Gynaek. y. Geburts., 1900.

MOORE. — *Tuberculosis of the Cervix Uteri*. Surgery Gynecology and Obstetrics, juillet 1924.

MOSLER. — *Tuberculose des organes génitaux de la femme dans la première enfance*. Thèse de Breslau, 1885.

NANARD. — *Etude de certaines ulcérations du museau de tanche*. Thèse de Paris, 1892.

NIEPOKJERZYCA. — *La tuberculose utérine au point de vue de sa pathogénie*. Thèse de Genève, 1912.

PETIT-DUTAILLIS. — *La tuberculose interstitielle de la portion vaginale du col*. La Gynécologie, 1913.

POLLOSSON et VIOLET. — *La tuberculose du col de l'utérus*. Revue de Gynéc. et de Chirurg. abdominale, 1906, Paris.

PONCET et LERICHE. — *Tuberculose inflammatoire de l'appareil utéro-annexiel*. Bull. de l'Académie de Médecine, 1910.

POPOFF. — *Tuberculose primitive du col et du corps utérin*. Vratch, 1906.

POZZI. — Traité de Gynécologie, 1907.

— *Tuberculose primitive de la muqueuse utérine et des trompes*. Pièce anat. de la Soc. de Chir. de Paris, t. XII, p. 805.

REMILLY. — *La tuberculose génitale de la femme.* Thèse de Paris, 1919-1920.

ROUTIER. — *Tuberculose des organes génitaux de la femme, d'origine ascendante.* Thèse de Paris, 1909-1910.

SPAETH. — Ueber die Tuberkulose d. weiblischen Genitalien. In Diss. Strasbourg, 1885.

SCHUTT. — *Forme catarrhale de la tuberculose du col de l'utérus.* Thèse de Kiel, 1889; Gazette des Hôpitaux, 1907.

STOLPER. — *De la fréquence de la tuberculose génitale chez les femmes atteintes de la tuberculose d'autres organes.* Monatschr. f. Geburtsch u. Gyn., 1900.

TALAMON. — *Tuberculose utérine chez l'enfant.* Annales de Gyn. et d'Obst., 1878, p. 416. Paris.

THIERCELIN. — *Tuberculose primitive des trompes, du corps, et du col, consécutive à un avortement.* Bull. de la Soc. Anat., 1889.

VERMEIL. — *Des lésions des organes génitaux chez les tuberculeuses.* Thèse de Paris, 1880.

VEYRAT. — *Etude sur l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique de la tuberculose du col utérin.* Thèse de Paris, 1909-1910, nº 366.

VITRAC. — *Tuberculose du col et des annexes.* Archiv. de Médecine Expérimentale.

WALTHER. — *Zur Kenntniss der Uterustuberkulose.* Monatschr. f. Geburt u. Gynaek., 1897, Bd. VI.

WASMER. — *Six cas de tuberculose utérine.* G. Fälle von Uterustuberkulose, Archiv. für Gynaek., 1898.

WILLAMS. — Tuberculosis of the female gennerative organs, Johns Hopkins Hospital Repport, 1892, V, III, 1, 2, 3.

WOLSTEIN. — *Tuberculose des organes génitaux chez l'enfant.* Archiv. of Pediatrie, mai 1900.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	15
Chapitre premier. — Historique	19
Chapitre II. — Etiologie	23
Chapitre III. — Pathogénie	29
Chapitre IV. — Symptomatologie	37
Chapitre V. — Anatomie pathologique	43
Chapitre VI. — Diagnostic	49
Chapitre VII. — Evolution. Complications. Pronostic	57
Chapitre VIII. — Traitement	59
Observations	62
Conclusions	105
Index bibliographique	107

1020. — Imp. spéciale de la Lib. Le François, 91, boul. St-Germain, Paris. — 9-30